EL PRECIO DE SER MADRE

¿Qué hay detrás del auge de la reproducción asistida en España? ¿Por qué han aumentado la donación y la congelación de óvulos, y las mujeres que aspiran a recibirlos? ¿Qué motiva a las donantes? ¿Cuánto dinero mueve la industria de reproducción asistida? ¿Qué controles garantizan que se cumpla la ley y no se superen las tres donaciones y los seis hijos nacidos de una misma donante? ¿Las distintas regulaciones promueven el comercio internacional de óvulos y embriones?

Júlia Bacardit

Durante los primeros años del siglo XXI ha habido un gran aumento de los tratamientos de reproducción asistida. Las causas son diversas: la caída de la fertilidad, el estilo de vida, y la precarización económica y social, entre otros. La tecnología es una bendición pero también implica riesgos e incertidumbres. Muchos tratamientos exigen el uso de óvulos donados. A diferencia de lo que ocurre en muchos países de la UE, en España la donación es anónima y es un doble incentivo: anima a muchas mujeres en situación precaria a donar óvulos a cambio de una compensación de entre 900 y 1200 euros, y muchas mujeres y parejas extranjeras viajan a España para comprar dichos óvulos. Sin garantía de anonimato, las donantes se expondrían a que los nacidos de sus óvulos pudieran conocerlas al llegar a la mayoría de edad, como sucede en muchos países. El derecho a conocer los propios orígenes está garantizado por la legislación nacional e internacional, y las donaciones anónimas las contradicen. Legalmente, ninguna mujer puede donar óvulos más de tres veces y el máximo de bebés que pueden nacer de ellos es seis, pero no hay ningún registro centralizado que lo controle. En nuestro país, una mujer puede donar tantas veces como quiera, por altruismo, por la recompensa económica o por ambas cosas, sin casi ningún control, asumiendo riesgos para su salud actual y futura, sin que las clínicas sean responsables. ¿Qué hacemos con los cientos de miles de embriones congelados en España? ¿Podemos hablar de ovodonación o debemos llamarlo venta? ¿Debe ser una salida económica desesperada para mujeres jóvenes y precarias? ¿Debemos replantearnos la maternidad a cualquier precio o damos vía libre a los avances de la reproducción asistida?

Júlia Bacardit

El precio de ser madre

ePub r1.0
Titivillus 15.03.2023

Júlia Bacardit, 2020

Editor digital: Titivillus
ePub base r2.1

A toda mi familia, a mis amigos y amigas que se han interesado en la gestación de este libro, y a mi editor

Quiero agradecer la colaboración de todas las mujeres que me han ofrecido su testimonio, tanto las donantes como las receptoras. Sin Andrea, Carla, Clara, Elvira, Gema, María, Tania, Zaida, Olga y Araceli, Gala, y Samanta Villar, este libro no habría sido posible. Tampoco hubiera podido llevar a cabo esta investigación sin la colaboración del doctor Pere Barri del Instituto Dexeus, ni sin las largas entrevistas que me concedieron y corrigieron el embriólogo Enric Güell y la embrióloga Júlia Cura. También quiero dar las gracias a Maribel Fernández, que me contó sus experiencias como psicóloga en el ámbito de la reproducción en la sanidad pública; a la antropóloga Diana Marre y a la doctora Ascensión Cambrón Infante, por su tiempo; y a mi gran amiga y psicóloga Irina Rodríguez, siempre dispuesta a facilitarme los contactos adecuados.

Presentación del editor

En marzo de 2019, Júlia Bacardit contó en un hilo de Twitter que ningún medio quería publicarle un artículo sobre la donación de óvulos. Me pareció raro, porque es una cuestión de evidente interés social. Llevado por la curiosidad, le pedí que me permitiera leerlo. Me mandó un texto de cinco mil palabras; todavía necesitaba algo de trabajo, pero ya era un buen borrador de un artículo excelente.

Al cabo de un tiempo y de haberlo pensado un poco, le propuse convertir ese artículo en un breve ensayo periodístico de unas treinta mil palabras; el tema lo merecía y Júlia lo conocía bien. Dijo que sí.

En otoño de 2020 publicamos *El precio de ser madre*, un libro que ha crecido hasta las sesenta mil palabras —algo más de doscientas páginas— y que rinde honores a la mejor tradición del ensayo periodístico. Riguroso, bien documentado, diverso, Júlia Bacardit presta atención a toda las voces, las pondera y nos las ofrece para que podamos conocer los aspectos más controvertidos de la donación de óvulos en particular y de la reproducción asistida en general.

Este es un libro complejo. Júlia no se limita a exponer hechos, también nos ofrece su punto de vista, porque una de las motivaciones que la empujaron a escribir el artículo, y luego la han llevado a escribir este libro, es que ella es una mujer y la maternidad le preocupa. De hecho, debería preocuparnos a todos, pero tal y como he podido entender durante su lectura —los editores debemos leer los libros varias veces— el papel del hombre en los tratamientos de reproducción asistida es el de una triste figura, a ratos trágico convidado de piedra, a ratos imprescindible actor de reparto. Siempre secundario, en cualquier caso, porque, como muy bien dice Júlia, el cuerpo de la mujer se convierte en un campo de intervención y yo casi diría que en un campo de batalla.

Este libro da voz a los mejores profesionales de la reproducción asistida del país, a trabajadoras del sector, a académicas, antropólogas, psicólogas y también recoge los testimonios de donantes y receptoras. Estas voces nos acompañan durante todo el libro para humanizar una cuestión en la que a veces la tecnología pesa demasiado y parece olvidar que estamos hablando de seres humanos: las donantes, las receptoras y sus hijos. Os recomiendo, antes de comenzar la lectura, que consultéis el glosario al final del libro y os empapéis de algunos conceptos clave.

Júlia criba y tamiza un texto no siempre lineal, como tampoco es lineal la cuestión que trata. En la reproducción asistida el mercado se mezcla con las políticas de género, los eufemismos confunden los significados, la retórica publicitaria infantiliza la mujer, las promesas juegan con las esperanzas. Todo se mezcla, y por eso *El precio de ser madre* no es como beber un trago de agua fresca. Quizás os cueste un poco. Comprender requiere esfuerzo. Yo os aseguro que este esfuerzo valdrá la pena.

¿Por qué escribo este libro?

Una bióloga y trabajadora del sector de los tratamientos de reproducción asistida me dice en Twitter que mi entrevista en el diario *Público*[1] le parece sesgada. Me dice, literalmente, que hable «con los papis y las mamis» de su clínica, y con profesionales como ella. Le respondo que la terminología *papi* y *mami* infantiliza a las parejas estériles, que el diminutivo forma parte de una retórica del amor y la ternura familiar pasados por el tamiz de los gabinetes de comunicación corporativa. En el mismo tuit, la bióloga me desea que pueda ser madre natural cuando quiera, no como les pasa a sus *papis* y *mamis*. Es una maldición inversa, como diciendo: «en el fondo mereces que te pase lo mismo, por haber escrito contra la familia asistida, la única opción de encontrar sentido a su vida que le queda a mucha gente». La descendencia no debería dar sentido a la vida, no se puede confiar todo a los demás, pero no me puedo engañar: uno de los motivos por el que hago este libro es porque yo también quiero ser madre.

El precio de ser madre es la excusa para hablar de lo que define la feminidad y que no es otra cosa que nuestra relación de dependencia feroz con la maternidad. Recuerdo una escena de la película *Calle Mayor*[2]. La protagonista, Isabel, es una mujer soltera de 35 años que todo el mundo considera que se le ha pasado el arroz, en una aldea en el corazón de España. Un joven madrileño visita el pueblo y los amigos le retan a engañar a la mujer, a hacerle creer que quiere casarse con ella. Todo acaba tan mal como parece, con la protagonista sola, sentada en la misma silla donde se sienta en las fiestas del pueblo, ahí donde ningún hombre la saca a bailar, año tras año. Cuando se destapa la farsa, Federico, poeta y amigo de Juan —el farsante—, le dice a Isabel que se marche, que en la gran ciudad no vivirá angustiada por el rechazo ni la sensación de no

haber sido elegida para el amor y su corolario, la maternidad, tarea de tareas, orgullo y maldición de la experiencia femenina. Ella prefiere la humillación y el ridículo público antes que trasladarse a Madrid y empezar una nueva vida, sola pero libre. El miedo a la soledad y a la independencia también es un conflicto político. Durante la película se ilusiona con los hijos que tendrán, la casa que comprarán; mientras ella sueña, él piensa en echarla por las escaleras, asustado por su propia apuesta y las consecuencias que acarrea.

La maternidad es un deseo intenso que tenemos casi todas en algún momento, pero pocas cosas nos dejan en una posición tan vulnerables. De ahí los diminutivos de las clínicas, la infantilización, las referencias a «cumplir tus sueños». Me obsesiona entender de dónde viene la fijación por ser madres, pero puede que nunca llegue a saberlo.

Me preocupa la condición femenina; soy una mujer y escribo sobre reproducción asistida porque el ansia por ser madres, el doble movimiento de rechazo y embrujo que la maternidad ejerce hoy sobre nosotras, mujeres formadas y occidentales, es clave en la construcción de nuestra identidad sexual, social y vital. La maternidad no era ni es un capricho, por más que la pregunta sobre si debería o no ser un derecho me haya rondado por la cabeza estos días. Tras el deseo de ser madre hay algo latente, instintivo y sublimador. Casi todas las mujeres de mi generación y condición queremos ser madres y al mismo tiempo nos da miedo. Mi padre me cuenta a menudo que, antes, los partos eran las experiencias de guerra de las mujeres. Así ellas tenían su dosis de épica, porque parir niños equivalía a jugarse el físico. La medicina moderna ha convertido la mortalidad durante el parto en una anécdota estadística, pero ningún avance médico nos libera de nuevos retos: las complicaciones durante el tratamiento de fertilidad, la esterilidad fisiológica o por la edad, los partos complicados que terminan en cesáreas, la sutura, las enfermedades de los recién nacidos, el pánico de no ser madre. Lydia Davies lo dice en uno de los relatos de *Ni puedo ni quiero*: «No es que quisiera ser madre, es que no quería no haberlo sido[3]».

Soy hija única y pronto cumpliré 29 años. No tengo primos, tampoco pareja. La primera vez que pensé en escribir este libro

apenas tenía 20 años y me había planteado donar óvulos; hoy pienso que, si me quedara embarazada, fuera quien fuera el padre, no abortaría. Ahora, en cada menstruación dolorosa —y en la escritura de este libro he sufrido algunas—, pienso en los niños en los que se podrían haber convertido los óvulos perdidos. Lo hago sin pena, como un reloj que funciona. Cuando no estoy escribiendo el libro, mientras cocino, salgo a pasear o pienso en esta enésima posible relación de pareja que he visto esfumarse antes de crecer, me viene a la cabeza la inseminación artificial. Calculo que cada intento cuesta menos de 1000 euros y si ahorro podré pagármelo antes de cumplir 35 años. Me gustaría que fuera suficiente con una transferencia de semen el día de la ovulación, sin tratamiento hormonal. Quizás encargue el semen de un donante escandinavo para inseminarme yo misma en el sofá de casa. Las posibilidades de éxito son escasas y hay que repetir el procedimiento cuatro o cinco veces.

Tengo una fantasía recurrente: estoy sentada junto a dos o tres niños en una parcela de *camping*. Los cuido, son mis hijos, alrededor hay otras familias. No sé si sabría montar una tienda de campaña, pero no hay ningún hombre cerca, porque me aterra la idea de tener que obligar a un hombre a quererme y la posibilidad de que no haya ninguno que lo haga. El psicoanálisis vincula los deseos de autofecundación con las infancias traumáticas, pero todas las infancias son algo traumáticas. No es necesario haber nacido de los óvulos de otra mujer, ser adoptada o muy diferente para tener cicatrices, y cuando escribo sobre las consecuencias de ser hijo de las técnicas de reproducción humana asistida (TRHA) también lo tengo claro: nacer y crecer siempre deja cicatrices, al margen de los avances tecnológicos. Si hablo de los efectos perniciosos que la donación de gametos o la creación de embriones *in vitro* tiene para donantes, madres y niños no es para demonizar la ciencia.

No tengo intención de ir contra el progreso ni de menospreciar el efecto positivo de los avances de la TRHA. Con la reproducción asistida podemos aprender genética, ampliar el significado de la maternidad o cuestionar, e incluso revertir, las leyes de la naturaleza. Pero el progreso humano exige reflexión, preguntas éticas no sometidas al impulso de compraventa vinculado al deseo. Escribo este libro desde el abismo de la soledad futura, desde el

miedo a no encontrar el amor y la desilusión de ver morir a mis padres sin ninguna línea de descendencia, sin apellidos que dejar a nadie; Navidades cada vez más grises, el lazo familiar con nuestra tierra perdido para siempre. Todo por permitir que el reloj funcionara.

El filósofo Slavoj Žižek dice que los espacios de protección son el inicio de la barbarie: los construimos para protegernos, pero también perpetúan el infierno del que nos queremos proteger. La maternidad es uno de esos espacios de protección simbólicos que, al mismo tiempo, nos sigue costando la vida; se abre camino, terca, al margen del cambio climático, las crisis económicas, los estragos en la salud y las relaciones románticas. Cuesta encontrar una relación entre la maternidad y la libertad, porque no hay equilibrio más dulce y precario que el del libre albedrío con el vínculo afectivo y los cuidados, imprescindibles para el crecimiento y la conservación de todo ser humano. Vengo a defender la maternidad a la intemperie, la maternidad que no puedo alcanzar sin los demás y la maternidad que tampoco puedo exigir como derecho humano a cualquier precio. Quiero poder decir bien alto y sin deber nada a la buena fe de los hombres que yo también quiero ser madre.

Donantes y receptoras

Este libro ha sido posible gracias a la colaboración, entre otras personas, de donantes y receptoras de óvulos. Les queremos agradecer su participación; sin duda, ha enriquecido enormemente *El precio de ser madre*.

Durante la lectura podréis conocer sus circunstancias, inquietudes y puntos de vista sobre la donación y las técnicas de reproducción asistida.

Donantes

Andrea, 26 años. En el momento de publicar este libro se está sometiendo a una
FIV-ICSI
en Valencia. La calidad del esperma de su compañero es baja y ha debido someterse a la
FIV-ICSI
y, por lo tanto, a una extracción de óvulos.

Carla, 23 años, esteticista. Donante en tres ocasiones en la misma clínica de Figueres.

Clara, en la treintena, tiene dos hijos. Donante en Barcelona en una ocasión, cuando tenía 21 años.

Elvira, 39 años. Donó óvulos cuando tenía 22.

Gema, madre de un bebé. Donante en una ocasión, a los 19 años.

María, donante a los 21 años. Acababa de graduarse, quería irse de casa de su madre y necesitaba unos 1000 euros para pagarse el master.

Tania, 32 años, ilustradora *freelance*. Donante en dos ocasiones, cuando era más joven. El dinero de las donaciones le iba bien dada la intermitencia de sus encargos de trabajo.

Zaida, 29 años. Donante en dos ocasiones, una de ellas antes de los 20 años, cuando todavía estudiaba, y otra a los 27. La primera vez en Sabadell y la segunda en Barcelona.

Receptoras

Olga y Araceli. *Son pareja. Araceli, que ahora es madre de un niño por donación de esperma y con sus propios óvulos, comenzó el tratamiento cuando tenía 37 años. Olga todavía no ha cumplido los 35, pero también quiere ser madre biológica bajo el mismo procedimiento. Cuando las entrevisté Araceli estaba embarazada desde hacía poco tiempo*.

Gala, en la cuarentena. *Es maestra y madre de dos hijas por ovodonación. Sus hijas no son gemelas sino fruto de ciclos de* in vitro *diferentes. Ha decidido no contarles su origen genético*.

Samanta Villar, periodista. *Madre de gemelos por ovodonación. Desde el principio ha decidido contarles a sus hijos cuál es su origen genético y ha escrito un libro sobre el tema: Madre hay más que una: Un relato en primera persona sobre la aventura de la maternidad (Planeta, 2017)*.

Crónica de la reproducción asistida

La historia de la reproducción asistida empieza en el siglo XVIII. Las primeras investigaciones fueron veterinarias y su objetivo era mejorar la crianza de especies domésticas. Los experimentos con mujeres no se hicieron esperar: si en 1784 el italiano Lazzaro Spallanzani inseminó una perra con éxito, en 1790, solo seis años más tarde, el cirujano escocés John Hunter lograba hacer lo mismo con una mujer. En 1866 Paolo Mantegazza fundó el primer banco

para conservar el esperma de los soldados que iban a la que sería la Tercera guerra de independencia de Italia. Así se aseguraba de que pudieran inseminar a sus viudas, aunque ellos murieran. Menos de veinte años más tarde, en 1884, un médico de Filadelfia inseminó una paciente con el esperma del estudiante de medicina más atractivo que tenía a su cargo.

En 1944, en un laboratorio de Harvard, los ginecólogos John Rock y Miriam Mink anticiparon la fecundación *in vitro* con el cultivo de un óvulo y un espermatozoide; el resultado fue un embrión bicelular que no se implantó en el cuerpo de ninguna mujer. Cinco años después, en 1949, el biólogo francés Jean Rostand practicó, sin éxito, la primera inseminación artificial con semen congelado, pero en 1953 los científicos estadounidenses R. G. Bunge y J. K. Sherman consiguieron tres embarazos mediante la misma técnica. En los años cincuenta del siglo XX la inseminación artificial mediante esperma de donante se hizo realidad, y a lo largo de la década las técnicas más primarias empezaron a evolucionar sin hacer mucho ruido, con una población entre sorprendida y poco informada, y la firme oposición política de los sectores más conservadores, que acusaban a ginecólogos y científicos de «jugar a ser Dios». En 1955 se celebró el Primer Congreso Mundial sobre Esterilidad y Fertilidad, y en 1964, en La Haya, se planteó que la inseminación artificial y el aborto legal contaran con el consentimiento de los dos miembros de la pareja.

A partir de los años setenta se empezó a utilizar la donación anónima de esperma, y en 1978 nace Louise Brown, la primera criatura *in vitro*. Tras ella vinieron otras, a cuentagotas, en todo el mundo. Mary Warnock, filósofa del Reino Unido, desempeñó un papel muy importante en los avances de los tratamientos de fertilidad. Sus estudios sobre fertilización humana y embriología durante los años 80 dieron lugar a la Human Fertilisation and Embryology Act, la ley que regula los tratamientos de fertilidad en el Reino Unido, y en la que se han inspirado legislaciones de catorce países como Suecia o Nueva Zelanda —pero no España y Francia, por ejemplo. Entre otras cosas, Warnock contribuyó a establecer el límite de catorce días para investigar con embriones, e insistía en que «la ignorancia y el prejuicio» no debían gobernar cuando se trata de investigaciones científicas.

A principios de los años ochenta se consolidó el éxito de la fecundación *in vitro*; en 1983 nació el primer bebé fruto de óvulos donados en Australia, y en 1984 nacía Victoria Anna Sánchez Perea[4], el primer bebé *in vitro* con los óvulos de la propia gestante, en Barcelona. Lo consiguió un equipo de médicos liderados por Pere Barri Ragué, todavía hoy directivo del departamento y consultor del servicio de medicina reproductiva de la Dexeus; su hijo, Pere Barri Soldevila, ha seguido sus pasos. Cuatro años más tarde y en la misma clínica nacieron los primeros niños a partir de óvulos donados de España: como se implantó más de un embrión —práctica todavía habitual hoy en día— nacieron gemelos. La madre no tenía óvulos propios porque le habían extirpado los ovarios a causa de la aparición de múltiples quistes. Los dos primeros éxitos de la Dexeus fueron fruto de problemas de esterilidad fisiológica, por un problema en las trompas de Falopio en el caso de la Victoria Anna, y por la ausencia de óvulos propios en el caso de los gemelos.

La fecundación *in vitro*, que como su nombre indica se produce en un instrumento de laboratorio llamado placa de Petri[5], es el primer paso imprescindible hacia la reproducción asistida con óvulos de otras mujeres, la técnica que traza la línea entre la reproducción artificial más sencilla y la más sofisticada: la cada vez más frecuente inyección introcitoplasmática de espermatozoides (ICSI, por sus siglas del inglés *intracytoplasmic sperm injection*)[6], que acompaña al espermatozoide lento hasta el núcleo del óvulo. El perfeccionamiento de la técnica *in vitro* en los años ochenta permitió miles de nacimientos. Estos avances coinciden con el desciframiento del genoma humano, la clonación terapéutica y la medicina predictiva, que en un futuro podría llegar a utilizar la clonación de órganos con fines terapéuticos. La exitosa clonación de la oveja Dolly nos descubrió el gran potencial que las células madre tienen para la medicina restaurativa, pero la opinión pública no estaba preparada para el debate de la clonación, un tabú que la literatura de ciencia ficción ha explotado con éxito. A partir de 1995 las donantes de óvulos en España empezaron a recibir una compensación variable pero sustancial, porque la oferta de las donaciones altruistas, puntuales y sin compensación ya era insuficiente. Se necesitaban más ovocitos y se estableció una

indemnización por las molestias que la estimulación y la extracción de óvulos causaban a las donantes.

La
FIV-ICSI
y el diagnóstico genético preimplantacional (DGP) son inventos de los años noventa. A diferencia de lo que ocurría antes, la esterilidad masculina ya se puede solucionar casi siempre sin recurrir a la donación de espermatozoides. Hoy los laboratorios practican las
FIV-ICSI
sin enfrentarse a muchas más dificultades que en las *in vitro* convencionales. El DGP permite conocer el ADN de los embriones creados en el laboratorio antes de implantarlos, y es la manera de saber qué patologías podrán afectar al niño: desde su creación cada embrión tiene una genética única. Entre el año 2000 y el 2020 la revolución más importante ha sido la mejora de las técnicas de biología molecular, que ha permitido sacar provecho a la técnica del DGP, pero también han sido importantes son los avances en vitrificación o congelación ultrarrápida de gametos que alarga la vida de los embriones. Esta también es una de las causas de la proliferación global de embriones congelados listos para la inseminación si alguien se los quiere implantar. El perfeccionamiento de la técnica de embriones coincide con el inicio de la última crisis económica, la de 2008, quizá por influencia del freno social a la natalidad en tiempos económicos difíciles. Por otra parte, las técnicas de ultracongelación reducen los riesgos para la salud de los recién nacidos y, en esta misma línea, entre 2005 y 2010 se popularizó la hibridación genómica comparativa (CGH por sus siglas en inglés, *comparative genomic hybridization*), que permite comparar con rapidez las muestras de ADN de dos individuos sospechosos de tener diferencias en el número de cromosomas; dicha diferencia puede provocar enfermedades congénitas muy graves, raramente compatibles con la vida a medio plazo. Del 2010 hasta ahora la secuenciación de ADN ha perfeccionado su capacidad de detección.

Desde 2010 se ha ido extendiendo el *time-lapse*. Consiste en fotografiar un embrión cada cinco o diez minutos; uniendo los fotogramas se obtiene una película que permite ver cómo y cuándo se produce cada división celular. El *time-lapse* también permite

observar otros fenómenos, algunos de mal pronóstico, como divisiones anormales o la presencia de multinucleación. Así, la imagen estática del embrión pasa a ser una secuencia definida de su crecimiento, y los videos y fotogramas permiten plantear estudios no invasivos sobre el potencial embrionario. Lo explica el embriólogo Enric Güell:

> Actualmente se está investigando la relación entre contar con un buen embrión (el que da lugar a gestación evolutiva) y en qué momentos o de qué forma ha evolucionado durante el cultivo con *time-lapse*; aún no hay un algoritmo preciso y aplicable a todos los centros que permita aumentar la tasa de implantación de un embrión, situada alrededor del 30 %.

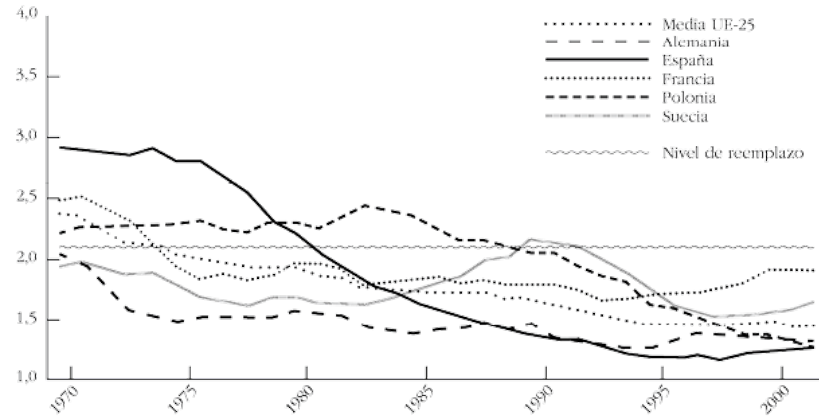
1. La era sin niños

Desde la segunda mitad del siglo XX, Europa y el resto del mundo han visto como los pronósticos apocalípticos sobre la superpoblación mundial no se cumplían. Aunque la población mundial se multiplicó por cuatro a lo largo del siglo pasado, la contención de este crecimiento durante la segunda mitad y la introducción de nuevas tecnologías que permitieron el aumento de la productividad agraria en el Tercer Mundo, la convirtió en la época más próspera de la historia de la humanidad, con un desarrollo social y un crecimiento económico desconocidos hasta entonces. La demografía se reguló sin imposiciones, basada en muchas elecciones individuales que empujaron a la gente a priorizar más la calidad de vida que el número de hijos que pudieran tener. El descenso de la natalidad implicó el crecimiento de recursos y bienestar, y viceversa.

En 1990 las mujeres del mundo tenían una media de 3,3 hijos; en 2012, la media global había bajado hasta 2,5[7]. Desde la década de 1950, la natalidad de los países que hoy forman parte de la UE ha caído por debajo del nivel de reposición generacional, con un mínimo de 2,1 hijos por mujer. La natalidad baja en todo el mundo, y durante la última mitad del siglo XX este descenso fue acompañado de un aumento del Producto Interior Bruto de todos los países. Pero a partir de un determinado momento y poder adquisitivo se rompe la correlación entre la baja natalidad y un PIB al alza. En los países con economías de subsistencia el descenso de la natalidad supone disponer de más recursos que estimulan el crecimiento económico, pero en los países industriales y postindustriales más ricos de la OCDE y la UE el escenario diferente. Dicho de otro modo, a diferencia de lo que sucede en los países en vías de desarrollo, el PIB de Suecia ya no se beneficia de su baja natalidad, y de ahí que los gobiernos tomen medidas más o

menos explícitas para promover nacimientos. En la mayoría de los países europeos y de la OCDE, el descenso de la natalidad ya ha dejado de ser una ventaja. En el año 2012 los países más ricos y con un marco más favorable para la conciliación familiar eran los que tenían las tasas más altas de nacimientos y también de inserción laboral femenina.

Gráfico 1. Tendencias de las tasas de fecundidad en la UE, 1970-2002.
Columna de la izquierda: tasa de fecundidad (hijos por mujer)



Fuentes: Comisión Europea, Eurostat NewCronos; Population and Social Conditions, Brussel·les: Eurostat, 2002; Consejo de Europa, Recent Demographic Developments in Europe, Demographic Yearbook, 2003

Uno de los problemas de Occidente es que cada vez hay más gente mayor y que el sistema de pensiones es inviable sin jóvenes que lo sostengan. La tasa de dependencia en la Unión Europea está por las nubes: tres personas en edad de trabajar deberían generar recursos para mantener a dos que no lo están, y eso sin tener en cuenta que una parte de la población activa está en paro. Dentro de la OCDE, hasta 2002 todos los países de la UE presentaban tasas de natalidad inferiores al reemplazo generacional (los ya mencionados 2,1 hijos por mujer). Además, y en contraste con lo ocurrido en países como China, las instituciones europeas no debaten el control de la natalidad de manera directa.

La UE considera que la reproducción es una decisión individual y que, en última instancia, cada estado miembro es soberano de gestionarlo; el apoyo a la maternidad y las políticas familiares

varían mucho en cada uno de los países de la Unión. España, líder en reproducción asistida, cuenta con pocas políticas públicas que favorezcan la conciliación entre la vida laboral y la familiar: como en otros países mediterráneos, los abuelos, doblemente envejecidos también por la maternidad tardía, son quienes deben compensar los escasos servicios de guardería y una legislación raquítica. Cada vez hay menos abuelos que lo sean en la cincuentena, lo habitual hace pocas décadas. Italia también ha alcanzado los índices más bajos de fertilidad: a falta de guarderías y otros equipamientos, en 2012 el 32 % de los menores de tres años estaban a cargo de sus abuelos, un porcentaje que en el caso español era del 20 %. En Francia, en cambio, la conciliación laboral y familiar volvió hace tiempo a la agenda política y la media de edad de las madres primerizas se encuentra entre los 25 y los 27 años; en España la mayoría de las mujeres no son madres hasta entrada la treintena.

Otras maneras de mantener la estructura de las pensiones son el retraso de la edad de jubilación —que en España ya está en los 67 años—, y fomentar la inmigración y su descendencia. Eso, junto con la mayor esperanza de vida de la población autóctona, ha permitido que la demografía europea se haya mantenido estable a pesar de la menguante tasa de natalidad. La relativa estabilidad poblacional no puede negar la evidencia: con el ritmo de envejecimiento actual y sin sustitución generacional (insuficiente a pesar y la contribución de los inmigrantes y sus hijos), lo que queda del estado del bienestar europeo ya es insostenible. El informe del instituto Max Weber que hemos mencionado apunta que, incluso si se optara por cuatro medidas como la inmigración, el retraso de la jubilación, una mayor participación de las mujeres en el mercado de trabajo y el estímulo de la natalidad autóctona, muchos países no tendrían una estructura económica lo bastante fuerte como para ofrecer trabajo a los jóvenes y garantizar la continuidad de la vida laboral a los mayores. El mismo informe también menciona las reticencias europeas a una inmigración que aporte una mano de obra que el mercado no pueda asumir y que además diluya las identidades nacionales, una preocupación que no recoge ningún documento oficial por su evidente proximidad ideológica con el fascismo y el nacionalsocialismo.

La ausencia de perspectiva de crecimiento económico a medio

plazo se hace evidente con el bache de la crisis de 2008, desde la que los nacimientos en España se han reducido un 20 %. Es previsible que los efectos de la COVID-19 acentúen esta tendencia. *The Lancet*[8], una publicación británica especializada en medicina, publicó en julio de 2020 un artículo que preveía una disminución drástica de la población global desde ahora hasta 2100, por una combinación de fertilidad en caída libre y una economía que prevé un progreso estable sino todo lo contrario (traducción del original en inglés[9]):

> *A medida que la fertilidad disminuye y la esperanza de vida aumenta en todo el mundo, se prevé que el número de niños menores de 5 años disminuirá un 41 %, pasando de 681 millones en 2017 a 401 millones en 2100, mientras que el número de individuos mayores de 80 años se multiplicará por seis: de 141 millones a 866 millones.*

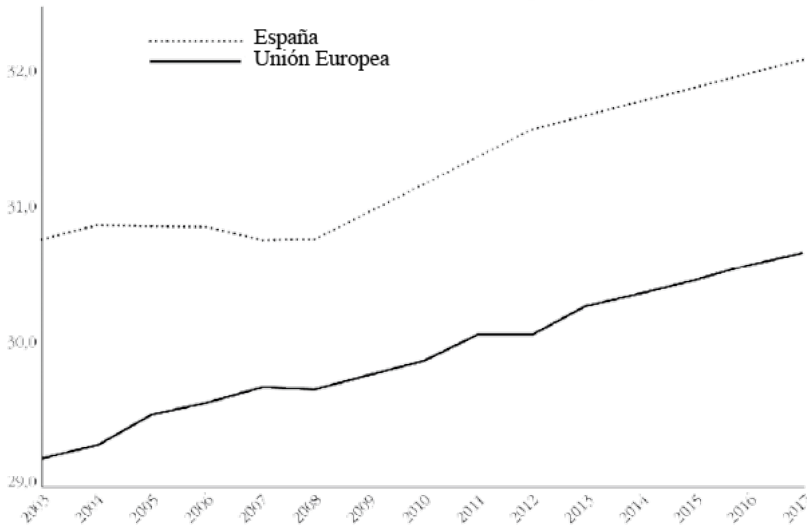
Entre otras medidas, para enderezar la situación habría que incorporar más mujeres al mercado laboral y, al mismo tiempo, favorecer la natalidad. Pero este doble reto requiere invertir más en políticas públicas y una legislación que persuada a los empresarios, no siempre proclives a facilitar la conciliación entre la vida familiar y la profesional. Por otra parte, la caída de la fertilidad en el mundo no se explica solo por el retraso cada vez mayor de la maternidad en las sociedades occidentales, ni por las políticas de freno de la natalidad impulsadas en ciertos países africanos y asiáticos. El consenso académico indica que la fertilidad humana ha decaído en general por factores no solo vinculados a la edad sino también biológicos y de estilos de vida. Lo demuestra el hecho de que cada vez más parejas que recurren a la asistencia reproductiva sufren una infertilidad de causa desconocida, atribuida a factores diversos como la ropa interior ajustada y la contaminación.

El caso español

En España, la natalidad empezó a descender a partir de 1975. Hasta finales de la década anterior mostraba una de las tasas más altas, pero hoy es uno de los países europeos donde nacen menos niños,

en línea con Portugal, Italia y Grecia. En 2009 los nacimientos se redujeron en un 5 % más en toda España [10], y la ONU prevé que el 2050 sea el país más envejecido del mundo. Mientras aquí prosigue el descenso de nacimientos —en 2019 la tasa de natalidad española era del 7,6 %, con un índice de fecundidad de 1,23 hijos por mujer —, los últimos años Francia ha logrado un repunte de la natalidad, aproximándose a la tasa de reposición de 2,1 hijos por mujer. Francia fue, hace medio siglo, uno de los primeros países en experimentar un descenso de nacimientos que ya no se traducía en un aumento del PIB. En 2007, el gasto público en prestaciones familiares, servicios y medidas fiscales de España era solo del 0,52 % del PIB, la inversión más baja de los países de la OCDE seguida por el 0,63 % del gasto italiana y el 0,61 % de la holandesa. Al mismo tiempo, Francia destinaba el 1,29 % del PIB.

Gráfico 2. Edad media de la maternidad. España y U.E. 2003-2007



Fuente: Eurostat

Francia ha podido revertir el descenso de la población y España no, pero no ha sido solo por falta de políticas pronatalistas ni por su escasa inversión. Hay tres factores básicos más [11]. El primero son las limitaciones estructurales del mercado laboral español, que condena las generaciones en edad reproductiva óptima al paro o a

trabajos con sueldos bajos y pocas perspectivas de crecimiento. Las estadísticas corroboran la penalización de los jóvenes, doblemente castigados por la dificultad de encontrar trabajo y vivienda, y España es uno de los países donde los jóvenes tardan más en emanciparse. En el plano simbólico y cultural, la tensión entre la reticencia a abandonar la familia tradicional y la visión de la mujer —¡y del hombre!— libre de carga familiar deja poco espacio a la necesaria resignificación de la maternidad. Con la crisis de 2008, las posibilidades de aplazar la edad de jubilación, fomentar el trabajo de las mujeres, impulsar la natalidad local y favorecer la inmigración quedaron trabadas por la magnitud de la tragedia económica. Ser madre no es lo que era hace treinta años porque hoy son las mujeres y las parejas de cuarenta años las que soportan la tarea reproductiva. Durante los primeros veinte años de democracia la relación entre tasas de paro elevadas y nacimientos a la baja es clara.

Según el informe del Instituto Max Weber, entre 1975 y 2005 el paro fue un 290 % más alto entre los españoles y españolas menores de 25 años que en el resto de la población. El descenso de la fertilidad todavía tiene más lógica si recordamos, como hacen los especialistas en reproducción asistida, que la fecundidad femenina y la calidad de la reserva ovárica bajan a partir de los 35 años, de ahí que se recomiende congelar los óvulos antes de esa edad. La inquietud también es social: en 2014 estalló una polémica vinculada a las grandes corporaciones del momento, Facebook y Apple, por haber ofrecido a sus trabajadoras [12] la cobertura económica de la congelación de óvulos.

El paro y la fecundidad

Las altas tasas de desempleo entre la juventud española no son ninguna novedad. Ya antes de la crisis de 2008, el paro afectaba a los jóvenes más que a ningún otro sector de la sociedad. La situación económica precaria de la población en edad reproductiva óptima sobrecarga las generaciones mayores, sobre las que recae la tarea. La media de edad de las mujeres que son madres por primera vez tiene una tendencia clara al alza en España y en el conjunto de

Europa. Entre 2003 y el 2017 la media de edad subió tres años, de los 29 hasta los 32, y la gráfica sigue trepando. En España, 2008 marcó un antes y un después en cuanto al aplazamiento medio de la maternidad: de hecho, entre 2006 y 2008 la edad de ser madre primeriza había llegado a bajar de casi 31 años hasta los 30; a partir del año de la crisis, en cambio, la subida se hace evidente. En el conjunto de la Unión Europea la tendencia es similar, aunque la media de edad es 0,2 puntos más baja (de 30,5 a 30,7 años) que en España. Como se observa en el gráfico de la página 18, en el ámbito europeo el retraso de la maternidad es más gradual que en España.

2008 marca un antes y un después, pero la crisis afectó de manera más abrupta la edad de ser madres de las mujeres españolas, y ya en 2003 las catalanas tendían a ser madres un poco más tarde que el resto de españolas. Si nos fijamos en las estadísticas de Idescat[13] del año 2007 constatamos que los hombres catalanes de entre 16 y 24 años superan a las mujeres en cuanto al número de parados, y que en esas edades hay muchas más mujeres activas que hombres. A partir de los 25 el patrón se invierte. De los 25 a los 29 años la diferencia es discreta, pero crece entre los 30 y los 34 años: 14 637 parados por 21 728 paradas. La diferencia aquí es de 7055 paradas más que parados, y durante el año 2007 fue la mayor diferencia entre hombres y mujeres seguida por el siguiente tramo de edad, de los 35 a los 39 años, edad aún plausible para la maternidad. El tramo de los 30 a los 34 años coincide con la media de la primera maternidad tanto en Cataluña como en el conjunto del estado y la UE. En España y Cataluña —hasta principios de los 2000, más en Cataluña que en el resto— las mujeres gestaban y daban a luz más tarde.

La relación entre el paro femenino y el pico de la fertilidad en Cataluña es bastante evidente y se explica, al menos en parte, por las reticencias de muchos empresarios en contratar a mujeres en edad de ser madres primerizas: prefieren contratar a un hombre de la misma edad o quizás una mujer mayor, con hijos adolescentes o sin hijos ni posibilidad de tenerlos. La balanza no vuelve a favorecer —ligeramente— a las mujeres hasta el último tramo de la vida laboral, en el que solo 11 896 mujeres están sin trabajo en contraste con 12 517 hombres. En el año 2007 la «penalización laboral» de las mujeres en edad socialmente aceptada de quedarse embarazadas es

patente, si es que podemos hablar solo de penalización: es probable que algunas desempleadas decidieran hacer una pausa laboral que se podían permitir. Un año más tarde, con la crisis de 2008, la cifra de mujeres desempleadas en edad de ser madres fue notablemente inferior.

Si nos fijamos en el total, en 2008 vemos un aumento global del paro en sexos y edades: pasamos de 256 405 en 2007 a 333 652 (77 247 parados más en Cataluña respecto al año anterior). Como en 2007, las mujeres de entre 20 y 24 años acceden a más trabajos que los hombres de la misma edad, pero, en contraste con el año anterior, las mujeres de entre 25 y 29 también superan a los hombres en cuanto al número de afiliaciones a la Seguridad Social. El patrón cambia en el tramo de edad entre 30 y 34 años: tanto en 2007 como en 2008 (y previsiblemente todos los años anteriores y posteriores a 2008), las mujeres sufren más paro que los hombres. Hasta 2007, las desempleadas en la primera treintena, edad media de maternidad, superan de largo los parados, pero a partir del 2008 la dinámica cambia. El patrón se repite en todas las edades y todos los años, porque las mujeres se encuentran más en paro que los hombres, excepto al principio y al final de la vida laboral.

Pero el año 2008 y los siguientes la diferencia se acorta respecto a los anteriores: 25 910 paradas frente a 24 271 parados, con una diferencia de —solo— 1639, cuando 2007 había sido cuatro veces más, llegando a 7055. Esta menor desigualdad laboral entre hombres y mujeres en el contexto del primer año de la recesión económica se repite en todos los tramos de edad. El paro se eleva en general, pero las mujeres, en comparación, trabajan más o, en cualquier caso, sufren un poco menos el impacto de la crisis. En Cataluña, la diferencia laboral entre hombres y mujeres en edad de procrear se redujo con la llegada de la crisis. En tiempos de escasez las mujeres tienen menos e hijos y más tarde, y se ven empujadas a trabajar tanto como los hombres; también durante la primera treintena, el tramo de edad idónea para ser madres, una idoneidad más sociológica que biológica. Antes de 2008 es posible que no solo los empresarios fueran más reacios a contratar mujeres en edad de ser madres primerizas, puede que ellas también optaran por dejar el trabajo o dejar de buscar, al menos, durante el primer año de crianza. A raíz de la crisis las mujeres trabajan comparativamente

más y la edad de maternidad se retrasa.

En las sociedades urbanas actuales, los hijos son una carga y ya no son la inversión que fueron durante el siglo XIX. En el siglo XXI y en Occidente los gastos derivados de tener hijos se prolongan hasta bien entrada su vida adulta, y para la clase media y media baja, la reproducción ya no es una decisión natural sino un gasto que no se pueden permitir. Las clases sociales más altas y las más bajas mantienen un nivel de fertilidad alto, pero para un sector amplio de la sociedad frenar la natalidad permite asegurarse un futuro mejor.

Al menos, esto era así hasta hace pocas décadas. Como apunta el informe del Instituto Max Weber, una paradoja de nuestro tiempo es la búsqueda constante de métodos anticonceptivos a lo largo de la vida fértil y la necesidad de consejos y tratamientos reproductivos cuando llega la hora deseada de tener descendencia. El escenario cambia cuando vemos la reproducción asistida desde la perspectiva de las pacientes lesbianas o bisexuales y los hombres transexuales, aunque tampoco se ahorran el retraso social y económico de la maternidad en las sociedades contemporáneas occidentales y urbanas.

FIVCat y SEF: los registros siempre insuficientes

En España se hacen informes sobre la actividad de las clínicas de reproducción asistida desde principios del siglo XXI. Existen los informes del FIVCat (Fecundación *In Vitro* Cataluña), de declaración obligatoria para las clínicas catalanas desde 1993, y también el informe SEF (Sociedad Española de Fertilidad), que recoge datos de las clínicas de toda España, obligatorio desde el 2018. Hasta ese año la participación de las clínicas era voluntaria, y siempre había un porcentaje nada despreciable que quedaba fuera de los informes anuales. El FIVCat, en cambio, era obligatorio desde el principio y para todos los centros catalanes, aunque año tras año los redactores de los informes enfatizan que si algunas cifras negativas **[14]** aumentan se debe a los esfuerzos de más transparencia de las clínicas.

Sin embargo, esta información es insuficiente y no está bien procesada. El embriólogo Enric Güell, director del laboratorio de Conceptum, clínica que realiza más de un centenar de transferencias de embriones al año, dice:

> *No existe registro de donantes en Cataluña ni en España. En Cataluña el FIVCat recogía la información ciclo a ciclo; tenía al alcance la articulación de un registro de donantes muy completo, disponía de todos los datos necesarios y estaba todo informatizado, pero no había competencias para ponerlo en práctica, según explicó el departamento de Salud en una reunión en 2014. A partir de 2015 se puso en marcha la SIRHA, el Sistema de Información de Reproducción Humana Asistida. Es una plataforma que emula en gran parte el FIVCat, pero descuida los casi 20 años de informatización y el esfuerzo que cada centro de Cataluña ha realizado. Desde el gobierno central se ordenó la obligatoriedad de declarar el Registro SEF mientras el SIRHA todavía no era operativo, y el FIVCat se vio obligado a detenerse para no sobresaturar los centros. Por este motivo el FIVCat todavía tiene los informes 2015 y 2016 pendientes de publicación. En 2017 es el último año que el FIVCat permitió informatizar. Veremos si el SIRHA responde a las necesidades del registro de donantes. En esto, España hace muchos años que incumple su propia normativa, primero la de 1988 y luego la de 2006. Durante el primer semestre de 2020 se quiere implementar el Registro SEF a todos los centros, y veremos cuándo habrá suficiente información como para poder considerarlo un registro de donantes aceptable.*

Ni los informes del SEF ni los de los FIVCAT registran cuántas donaciones ha realizado cada donante a lo largo de su vida, la única información que permitiría garantizar que una misma mujer no ha participado más de tres veces en un proceso de donación y que no se han generado, a partir de sus ovocitos, más de seis recién nacidos vivos, que son los límites que establece la actual legislación reproductiva española. Compartir los datos en abierto para todas las clínicas de reproducción asistida aseguraría que no hay donantes que convierten su fertilidad en una fuente de ingresos adicional. Más allá de la cuestión económica, un registro transversal de este tipo también facilitaría la gestión de los casos en la que una donante es, sin saberlo, portadora de una enfermedad congénita que

no se ha detectado en las pruebas médicas y que ha transmitido a los bebés nacidos de sus óvulos. Muchas enfermedades congénitas se detectan primero en los análisis médicos y luego, si se hace, con el DGP (diagnóstico genético preimplacional), pero hay muchas enfermedades y prevenirlas y detectarlas todas en la fase de donación es imposible.

Los informes SEF y FIVCat nos ofrecen una información complementaria muy valiosa. El FIVCat nos habla de quiénes son las donantes y las receptoras: su nivel de estudios, la edad, el estado civil, la convivencia o no en pareja. Algunos datos del FIVCat sobre las receptoras llaman la atención, como la cifra baja pero constante de extranjeras y analfabetas, la mayoría provenientes del norte de África.

¿Quiénes son las donantes y las receptoras?

Elvira tiene 39 años, es madre de dos hijos por vía natural y dio óvulos en 2003, cuando tenía 22. Ahora vive en Málaga, pero entonces vivía en el Valle de Arán; fue a Barcelona para encontrar un trabajo de temporada y donar óvulos. Lo hizo para poder pagarse los estudios sin tener que pedir dinero a sus padres. Acudió a la clínica Marina. Su exsuegro tenía una clínica de reproducción asistida en Málaga, y le recomendó un centro en la capital catalana. Le pagaron 1000 euros, más o menos lo mismo que se paga hoy, en 2020:

> *Siempre había otras chicas. En el momento de la extracción también. En la sala de espera nunca estaba sola, ni durante las punciones ni durante la extracción. Solo sé que me extrajeron diez óvulos. No indagué nada sobre la receptora ni sobre los resultados. Pensé que ojalá le fuera bien a alguna pareja, pero no me interesaba saber nada. Mi exsuegro, director de una clínica de reproducción en Málaga, no quería que tuviera hijos desconocidos en su ciudad, y por eso me puso en contacto con un amigo suyo en Barcelona. Mi exsuegro me advirtió que había algunos riesgos, y pidió al médico de Barcelona que no me hormonaran más de lo necesario, pero yo en ese momento lo tenía muy claro. Siempre he sido muy fértil y no me hacía falta, he tenido dos hijos, uno con*

27 años y otro con 29 […] Si la donación no fuera anónima no sé si lo hubiera hecho; creo que debe ser anónima.

En 2009 la mayoría de las donantes catalanas tenía entre 25 y 29 años. Casi el 60 % había nacido en Cataluña, pero el 40 % restante eran españolas de origen extranjero. En comparación con años anteriores, había menos mujeres nacidas en el extranjero, aunque las españolas de origen extranjero todavía eran más de un tercio de las donantes. El adverbio «todavía» está incluido en el informe porque en años anteriores las inmigrantes pobres donaban más óvulos. El número de donantes nacidas en el extranjero antes era más alto, pero no hay datos abiertos en el FIVCAT anteriores a 2009; hasta 2005 la ovodonación no constaba en ninguna parte.

Carla ha donado óvulos en tres ocasiones y nos cuenta:

Tengo 23 años. Soy esteticista; con la crisis de la COVID-19 he perdido el trabajo. He donado tres veces, el máximo legal. La primera fue en 2017. Luego estuve un año sin hacerlo y las otras dos fueron con seis meses de intervalo. La primera vez que doné trabajaba de esteticista, la segunda vez en un Burger King y la tercera en un área de descanso. Lo he hecho siempre en Figueres; una tía mía tenía una amiga, recién habían abierto la clínica y necesitaban donantes. Soy rubia de ojos azules y me dijeron que necesitaban gente así. Nos dijeron que podían informarnos sin compromiso y nos hicimos donantes.

En la clínica no empiezan el tratamiento hasta que no te encuentran a una receptora compatible, entonces te llaman y comienza el tratamiento. Esta clínica ya no me llama, pero si fuera a otro centro, como no tendrían modo de comprobarlo, podría hacerlo. Esto es decisión de cada una, porque donar óvulos no te impide tener hijos ni nada.

La mitad de las donantes declaran ser solteras; la otra mitad no se sabe, y tampoco sabemos si viven en pareja o no. El 33,8 % son asalariadas, y les siguen las desempleadas y las estudiantes. Pocas donantes son universitarias licenciadas, si bien un 61 % de los casos ni siquiera consta: si analizamos la información disponible sobre las receptoras, entre los datos que describen las donantes hay muchos espacios en blanco o un escueto «no consta». Podemos deducir el poco interés que tienen en dar explicaciones sobre su vida privada, aunque las cuestiones referentes al estado civil y la pareja sí hay

que responderlas en el test psicológico previo a la revisión ginecológica de las candidatas. A pesar de la obligatoriedad de participar en los estudios del FIVCat, es plausible que las clínicas limiten la información que ofrecen, tal como se expone indirectamente en la introducción de los informes, que año tras año subrayan el «creciente esfuerzo» de transparencia.

Otro caso ilustrativo es el de Gala, madre de dos niñas nacidas de óvulos donados por chicas diferentes. Cuando tenía 35 años decidió que quería ser madre, pero tardó cinco años y ocho intervenciones antes de conseguirlo. Pudo recurrir a los servicios de las clínicas privadas porque es maestra de escuela pública y la mutua de funcionarios le cubría las intervenciones. De otro modo no se lo hubiera podido permitir. La maternidad le ha costado visitas a clínicas, intervenciones, periodos de reposo y listas de espera, y durante el proceso se ha dado cuenta de que la infertilidad es un problema muy frecuente. El salón de su casa está provisto de una cocinita de juguete y de peluches de todos los tamaños. Las niñas están en el parque con Jaume, pareja de Gala y padre biológico de las niñas.

La mayoría de las donantes es caucásica porque las mujeres blancas occidentales tienen más poder adquisitivo para someterse a la reproducción asistida y porque siempre se buscan donantes con características físicas similares a las de la receptora asignada. Esto reduce de manera drástica la demanda de óvulos de mujeres que no son blancas. Es cierto que hay excepciones, como las mujeres norteafricanas y las europeas de origen no caucásico que viajan a España para inseminarse. De 2000 a 2009, entre las receptoras de óvulos seguían aumentando las mujeres de más de 39 años, y las residentes y nacidas en el extranjero; las receptoras residentes eran más jóvenes —menores de 40 años— y nacidas en Cataluña, y las no residentes eran mayores de 39 años y nacidas en el extranjero. Según el Instituto Max Weber, a partir de 2008 se redujo el número de pacientes de entre 30 y 34 años que se sometían a
FIV-ICSI
mientras aumentaba la cifra de mujeres de más de 40. Acudir a la reproducción asistida pasa a ser una cuestión sociológica más que fisiológica: las mujeres recurren menos a causa de enfermedades y más por la edad. No es el caso de Gala, que tuvo que someterse a

fecundación *in vitro* con ovodonación porque padece endometriosis.

Respecto a 2009, en 2010 había más donantes menores de 25 y de entre 25 y 29 años, y las donantes entre los 35 y los 39 habían disminuido 2 puntos; en el informe constan dos donantes entre los 40 y los 44 años, un hecho sorprendente si tenemos en cuenta que la calidad ovárica desciende de manera drástica a finales de la treintena y, sobre todo, a la cuarentena. La antropóloga Diana Marre lo explica así:

> *Se han unido dos necesidades. Hay mujeres de hasta 44 años que donan óvulos. En términos médicos, en principio la edad máxima para donar está en 35 años, pero en la práctica, si una mujer mayor aún tiene óvulos y quiere donarlos, puede hacerlo. Este es el grado de control que se ejerce: nulo. Por otro lado, mover un óvulo o un embrión por el mundo es muy sencillo. Italia es un gran consumidor de óvulos españoles. Y no se trata solo de óvulos, también se transportan embriones en vehículos especializados.*

Por su parte, Clara, donante y madre, comenta:

> *Tenía 21 años cuando doné, celebré el cumpleaños en la UCI de la Dexeus. Lo hice por dinero y para que alguien pudiera tener hijos —eso también— aunque todo era por el dinero. No doné ninguna otra vez, porque un poco más y no lo cuento. Era estudiante universitaria y trabajaba de camarera en el hotel Arts. Me habían dicho que era buena candidata, me miraron la reserva ovárica y me dijeron que tenía óvulos de sobres. Vengo de familia numerosa y mi padre también, y supongo que eso también influye a la hora de determinar que alguien es buena dando. No recuerdo ninguna pregunta que me resultara extraña. ¿Cariotipo* **[15]** *genético? ¿Esto es la cantidad de óvulos que tienes? No me acuerdo. Años después he sido madre dos veces de manera natural, no he tenido ningún problema.*

Entre 2009 y 2010 el porcentaje de donantes catalanas de origen extranjero había bajado dos puntos y tanto el de donantes asalariadas como el de desempleadas había subido, no así las estudiantes. En 2010, el 49,5 % de las receptoras habían nacido y residían fuera de España, y menos del 5 % eran catalanas residentes en el extranjero que volvían solo para inseminarse y luego volver a

su lugar de residencia habitual. Casi todas tenían estudios universitarios y vivían en pareja, con un bajo pero significativo porcentaje de amas de casa (2,3 %) y un ínfimo porcentaje de mujeres analfabetas extranjeras (tres mujeres en 2010) que habían viajado a España con sus maridos. Entre las donantes había mujeres sin estudios, pero casi ninguna era analfabeta porque en España la escolarización hasta los dieciséis años es obligatoria. En 2011 había cuatro veces más receptoras extranjeras de ovocitos de más de cuarenta años que receptores residentes de la misma edad. Entre las mujeres a finales de la treintena, las extranjeras que habían viajado a España para inseminarse eran casi la mitad del total.

Zaida tiene 28 años y ha donado dos veces. Psicóloga de formación, donó por vez primera en 2011 y todavía no había terminado la carrera. Nos cuenta:

> *Lo hice por el dinero; aquel verano me iba Formentera, ya tenía un trabajo de monitora, pero prefería irme de vacaciones con 2000 euros que con 1000. Era una inconsciente; mi madre es auxiliar de enfermería y una de sus compañeras tiene una hija de 19 años que ha dado óvulos tres veces en un año: está prohibido, pero lo ha hecho. Dice que no quiere trabajar y que es dinero fácil. La donación masculina es menos sacrificada, pero rinde menos.*
>
> *La segunda vez fue a los 29 años. Volví de un viaje a Sri Lanka y no tenía un duro. Entre la primera y la segunda vez había decidido que no volvería a hacerlo, mi cuerpo era mi templo y ahora vuelvo a estar en este punto, no quiero volver a donar óvulos, la última experiencia me quitó las ganas; tampoco me quedan muchos más años para poder hacerlo legalmente. Estaba en una época loca. Lo había dejado con mi pareja; todo lo que había integrado de espiritualidad y respeto… Me puse a hacer justo lo contrario: fumar, follar, todo.*
>
> *La primera vez fui a Sabadell, pero la segunda fue en Barcelona, en la misma clínica donde trabaja mi ginecóloga. Mi amiga Marta me convenció. El segundo tratamiento fue duro, y creo que es porque era algo mayor: el dolor fue más intenso y la recuperación más larga. La segunda vez no podía. Me dijeron «te pagamos un taxi», pero yo no me podía ni mover. Me amenazaron con buenas palabras, me decían «por contrato tienes esto y nosotros tal día debemos realizar la extracción». Me dijeron que, pasados dos meses, si perdían los óvulos no me podían pagar*

nada. Me amenazaron con educación, porque todas las que hacen de comerciales son chicas muy simpáticas. En la clínica, cuando me sometí a la intervención, había once donantes al mismo tiempo, lo pregunté. Cada media hora entra alguien. Estás en tu pequeña habitación y luego te hacen pasar, te presentan al doctor y te piden que te abras de piernas. Ya vas sin bragas, ya estás preparada. Mientras hablan te inyectan la anestesia y te duermes. Es muy frío, es como si fueras un animal.

En el informe del FIVCat de 2011 desaparecieron ciertos datos de ovodonación: no se informaba del nivel de estudios de las donantes ni de las receptoras, de su empleo ni de su estado civil. Las transferencias embrionarias fruto de ovodonación aumentaron. La balanza se iba decantando, y entre las usuarias de la reproducción asistida ya había más mujeres que gestaban embriones a partir de óvulos donados que a partir de óvulos propios. La mayoría de las receptoras a partir de los 35 y sobre todo a partir de los 40 eran residentes en el extranjero, y entre las donantes de más de 25 años la mayoría eran nacidas fuera de Cataluña y España. Este último dato sobre las donantes de más de 25 induce a pensar que las catalanas tienden a donar más jóvenes, cuando todavía son estudiantes, pero no después, tal vez porque ya no necesitan el dinero como las donantes de origen extranjero, entre las que hay más tendencia a seguir donando más allá de los 25 años y hasta los 39. El informe de 2012 no está disponible y en la web del FIVCat no se especifica el motivo.

Samanta Villar es periodista. En una entrevista contó que había sido madre de gemelos por ovodonación; con el tiempo se ha dado cuenta de que quizás hubiera sido mejor ser tía antes que madre:

Siempre dije que quería tener hijos pero no tenía la necesidad de pasar un embarazo. La opción de la ovodonación no fue tanto para vivir el embarazo ni por el hecho de tener hijos de mi pareja, porque él tampoco dijo nunca «quiero que estos hijos sean míos». Fue el ciclo natural de las cosas; la primera opción era la biológica, la segunda la científica y si esto no podía ser habríamos adoptado. Mientras probábamos la reproducción asistida también me informé mucho sobre la adopción y vi que no era como nos lo pintaban: hay muchas familias en lista de espera, hay más familias que niños, aunque no lo parezca. Parece que haya muchos huérfanos que necesitan padres, pero es al revés. Hay que

recurrir a la adopción internacional porque en la nacional la lista de espera es infinita, yo ya tenía casi 40 años y eso complicaba más acceder a la adopción. Luego están las circunstancias de cada niño y país: Rusia es más caro y rápido, pero hay muchos casos con el síndrome de alcoholismo fetal. En otros países nos pedían que estuviéramos casados. La ovodonación podía ser físicamente más invasiva, pero al final era más orgánica y fluida, más cercana en comparación con todo lo demás.

En 2013 casi la mitad de las donantes eran menores de 25, solteras y asalariadas, desempleadas o estudiantes. Había cambiado la tendencia de años anteriores y más del 70 % eran nacidas en Cataluña, con un 24,1 % de donantes catalanas nacidas en el extranjero. Había más información sobre el estado civil, pero sin los datos referentes al nivel educativo y la ocupación laboral, factores determinantes para establecer cuál era su clase social y los motivos reales para donar óvulos. A pesar de la falta de información exhaustiva, por norma general las donantes tenían una formación académica de ciclo medio o inferior, además de las que todavía estudiaban. Las autónomas y empresarias eran minoría entre las receptoras (6,5 %). Entre las donantes el porcentaje de emprendedoras o propietarias de su propio negocio era irrisorio (0,6 %), porque son más jóvenes y no necesitan complementar el sueldo con donaciones de óvulos remuneradas.

Tania donó óvulos en 2013:

Debía cambiar de piso y necesitaba dinero. Trabajaba en una tienda de ropa, había terminado la carrera el año anterior. Una amiga me contó que estaba donando óvulos y me dijo que era dinero rápido y fácil. Me lo pintó muy bien. Al cabo de un tiempo me quedé sin trabajo y decidí donar. El trato que recibí no me gustó, me sentí muy poco cuidada, no me contaron nada. Con el tiempo he dado con información que no me ofrecieron. Lo pasé muy mal, me sentí estafada. Al cabo de un año volví a donar, me llamaron ellos, estaban interesados en mis óvulos. Entendí que era una buena candidata. Me dieron la enhorabuena por haber producido trece óvulos. Pocos meses más tarde me llamaron de nuevo y entonces me negué. Llevo un año sin trabajo. Era profesora en un grado de diseño gráfico. Con la COVID-19 cancelaron los talleres que tenía pendientes. Me dedico a la cultura y todo se ha ido al traste.

Gema, donante, ha participado en una página de Facebook que anima a las mujeres a donar óvulos. La discusión es encendida, con partidarias, detractoras y algunas usuarias que exhortan a la calma y la tolerancia. Entre las partidarias hay mujeres que se declaran donantes orgullosas de óvulos, y entre las detractoras las hay que equiparan la donación de óvulos con el abandono de un bebé. Se menciona la remuneración, y algunas hablan de venta encubierta mientras otros invocan la solidaridad para ayudar a otras mujeres a ser madres. La cuestión del precio es polémica. Entre estos comentarios está el de Gema, que cuenta que su experiencia no fue muy buena. Más tarde, y mediante Messenger, me cuenta que fue donante a los 19 años y que ahora es madre de un niño de pocos meses.

> *Tiempo atrás había intentado donar sangre con mi prima, y la primera vez que lo hice me mareé y lo pasé mal algunos días. Aun así yo quería ayudar a los demás […]. ¿Qué hubiera hecho si no hubiera podido ser madre? No sé… tal vez me hubiera quedado con las ganas de serlo. Esta pregunta es un poco más íntima, pero creo que si tu cuerpo no está preparado para reproducirse quizás no deberías tener hijos. Las personas que hacen estas cosas tienen dinero… yo también lo hice un poco por dinero, porque por esos dos óvulos que se quedan te pagan 1000 euros.*

La mayoría de las donantes son solteras, y la mitad vive en pareja; en 2011, solo el 8 % de las donantes en Cataluña estaban casadas, y el patrón se mantiene en años posteriores. Es la otra cara de la moneda de las receptoras, casi todas casadas y con una estabilidad económica y laboral mucho más evidente. En 2013 más de la mitad de las receptoras eran extranjeras que habían viajado para inseminarse y que pasaban de los 40; las seguían las residentes en Cataluña, la mayoría en el área metropolitana de Barcelona, y tanto las extranjeras como las autóctonas vivían en pareja. Un año más tarde, en 2014, las mujeres de más de 40 (más de la mitad nacidas y residentes en el extranjero) ya eran mayoría entre las receptoras.

Tania comenta:

> *En cada nueva ecografía me sentía como una vaca. No me contaban nada. Recuerdo que me hicieron muchas preguntas,*

pero enseguida me dijeron que podía donar. Las que estábamos esperando… Todas eran gitanas, yo era la única que no lo era. Una insistía que quería donar más y le dijeron que no de malas maneras. Era una clínica de la zona alta de Barcelona, y recuerdo que vi como de cariñosos eran con los receptores… No tenía nada que ver cómo trataban las parejas que querían ser padres a como me trataban a mí.

Hay solteras aspirantes a madre, y amas de casa analfabetas, pero el perfil mayoritario se mantiene: las receptoras de ovocitos de 2014 eran mayores que las del año 2000, pero seguían siendo mujeres con un nivel de estudios superior al de las donantes, residentes en el extranjero y casadas o con pareja estable. Entonces, como ahora, entre las receptoras de ovocitos casi no hay desempleadas. Muchas de las donantes, en cambio, están desempleadas y/o son estudiantes, aunque la mayoría son, como las receptoras, asalariadas. El ginecólogo y director de la Dexeus, Pere Barri, me dijo que el perfil de las pacientes había cambiado, que entre las receptoras hay más diversidad que en tiempos del nacimiento de Victoria Ana, la primera nacida por fecundación *in vitro* en España: en aquella época quien acudía a las clínicas eran parejas heterosexuales jóvenes con problemas médicos.

Andrea solo tiene 26 años, pero se está sometiendo a una FIV-ICSI, un tipo de fecundación *in vitro* que consiste en inyectar el espermatozoide dentro del óvulo. Su pareja es un hombre de 45 años que la avisó de su esterilidad. Se somete a una FIV-ICSI como suelen hacer las madres de mediana edad —algunas de las cuales son receptoras de óvulos donados por jóvenes— pero lo hace con su plena reserva ovárica y sufre las consecuencias adversas de la estimulación en un cuerpo de menos de treinta años:

Quiero contar lo que he vivido estos dos últimos meses porque creo que hay mucho tabú en torno a la fecundación in vitro *y la esterilidad. Mi caso es curioso porque tengo edad de donante y he pasado por el mismo proceso de extracción. Me sometí a una estimulación para conseguir ser madre con mi pareja. No podíamos ser padres de manera natural, y por las características de su esterilidad tampoco podíamos hacer la inseminación*

artificial más sencilla, que es lo que habría resultado más fácil. Fuimos a la clínica a preguntar por el in vitro*, aunque yo ya sabía que sería duro: la extracción de esperma no es nada en comparación con la nuestra.*

Hay muchas excepciones, pero una interpretación posible de la actual proporción entre donantes y receptoras en términos de clase y estatus es que, con la donación de sus ovocitos, la joven más o menos precaria, soltera y anónima perpetúa la familia nuclear, envejecida y sin afiliaciones genéticas, pero con el deseo antiguo de tener una descendencia exclusiva reconocida y un estatus económico en general más alto. Se busca que el fenotipo (el aspecto externo) entre donante y receptora sea similar para facilitar la aceptación del recién nacido como propio y eliminar el reto de afrontar una relación paternofilial biológica pero no genética, diferente a la descendencia entendida dentro de la familia nuclear. Al margen del dictado de la propiedad sobre los hijos y los derechos de los progenitores legales a influir sobre sus vidas, las criaturas han sido y son un tema que atañe al conjunto de la sociedad, más aún en el caso de la reproducción asistida con gametos donados, que rompe con la idea que solo puede haber una madre y un padre biológicos. La propia Samanta Villar sugiere la opción de conocer a las donantes, e incluso incluirlas en la familia, con todas las inseguridades y dudas que ello supondría a los padres receptores. La maternidad no solo es cosa de dos, nunca lo ha sido: desde el empleo de nodrizas hasta la crianza grupal y comunitaria.

Araceli y Olga se han sometido a fecundación *in vitro* con donante de esperma y son pareja desde hace años. Ahora Araceli está embarazada de cuatro meses. Quedamos en la clínica residencial donde se conocieron y donde trabajan, junto al Paseo de la Bonanova de Barcelona. Ambas quieren ser madres biológicas, pero hacerlo es caro, y de momento han empezado con Araceli. Acceder a la reproducción asistida del sistema de salud pública implica entrar en una lista de espera de más de dos años y la candidata debe tener menos de 35 años. En la sanidad pública las técnicas de reproducción asistida son gratuitas e incluyen entre dos y tres intentos. Descartaron esta opción porque Araceli, con 39 años, era demasiado mayor. Tras el de Araceli pagarán el tratamiento de Olga, seis años más joven. Les recomendaron la

clínica Marquès porque el ginecólogo era muy bueno. La pareja tiene muchas amigas en una situación similar a la suya: mujeres homosexuales, pero también heterosexuales, solteras o con una pareja masculina con la que la vía natural no ha funcionado, sea por edad o por cuestiones fisiológicas.

Durante los últimos años, las técnicas de reproducción humana asistida han permitido que las parejas de lesbianas o las mujeres solteras accedan a la maternidad, incluso cuando no sufren esterilidad diagnosticada. Desde 2016 [16], en Cataluña las mujeres pueden acceder a la reproducción asistida pública (antes solo podían hacerlo en la privada) al margen de su orientación sexual, identificación de género y estado civil. Dos años más tarde, en 2018, el resto de las comunidades autónomas españolas también lo ofrecía, y Asturias y Murcia eran las únicas que no cubrían el tratamiento a solteras, lesbianas y mujeres de género no binario o identificadas como hombres transexuales. La primera comunidad en incluir a las lesbianas en la reproducción asistida fue Andalucía en 1990, justo cuando la fecundación *in vitro* empezaba a extenderse; es la comunidad con más clínicas de tratamientos de fertilidad detrás de Madrid y Cataluña. El protocolo catalán de 2016 añadía la distinción entre las mujeres estériles por razones de edad o fisiológicas y las mujeres solteras o lesbianas, que si son jóvenes pueden inseminarse sin medicación previa, solo según su ciclo menstrual. Una de las cuestiones que el consejero Toni Comín planteó en rueda de prensa en 2016 fue la necesidad de crear un banco público de gametos, una asignatura pendiente si la intención de las autoridades es convertir la reproducción asistida en un derecho y en una vía para mejorar la demografía de una población envejecida.

El deseo de ser madre

Según el informe *La infecunditat a Espanya* [17], publicado por el Centro de Estudios Demográficos de la UAB en 2016, una de cada cuatro mujeres no se reproducirá tal y como desea; el estudio va más allá y concluye que solo un 5 % de las mujeres que no desean

tener hijos mantienen su posición a lo largo de su vida fértil. Ser madre —o no dejar pasar la oportunidad de serlo— es un deseo lo bastante extendido entre las mujeres como para que le prestemos atención a su debido tiempo, y muchos profesionales del sector también advierten sobre la edad. Durante el período de mayor fertilidad no hay una pareja bastante sólida como para poder asumir el hecho de ser padres en igualdad de condiciones. El paro juvenil y el precio desorbitado de la vivienda, unidos a una visión de la vida escéptica con el valor de la familia sin que se haya difundido ninguna alternativa, postergan la edad de ser madre hasta el límite de la biología.

Samanta Villar nos cuenta:

> *Me costó encontrar la estabilidad emocional y no me atrevía a tener hijos sola. Me puse con ello a los 36, a los*
> *38 vi*
> *que la vía natural no funcionaba, acudí a clínicas y a los 40 lo conseguí. Si hubiera sabido que la curva de la infertilidad empieza a los 35 —creía que empezaba a los 40— tal vez lo hubiera hecho de otra manera.*

Las mujeres tienen menos hijos de los que quieren tener porque empiezan tarde, cuando ya han alcanzado una cierta estabilidad económica, laboral y emocional. La estabilidad emocional es un factor importante en una sociedad como la nuestra. Por un lado, la familia nuclear tarda en formarse si es que llega a hacerlo; por otro, la idea de tener descendencia fuera de la pareja monógama todavía no se ha aceptado y, sobre todo, no se ha extendido. La escasa cobertura económica que reciben las familias monoparentales, y la poca importancia política y simbólica, desanima muchas mujeres que no quieren abordar la maternidad en solitario en esas condiciones, porque a pesar de su presencia creciente en las clínicas de reproducción asistida, todavía es vista y se puede vivir como un fracaso a la hora de encontrar una pareja estable.

El informe *Aspectos y caída de la natalidad en España* plantea la reproducción asistida como un posible recurso para enderezar la situación demográfica y sus consecuencias. También se nos presentan vías más convencionales que otros países de la UE han emprendido para estimular la natalidad, desde los servicios de

atención a la infancia mientras la madre o el padre trabaja hasta prestaciones por responsabilidad familiar o ventajas fiscales. El informe destaca que un 7 % de los niños españoles nacen gracias a las técnicas de la reproducción asistida, pero concluye que sus efectos todavía no han provocado un aumento demográfico significativo, porque no son tan efectivas como parece y porque muchas parejas desisten tras varios ciclos fallidos. Por otro lado y como ya hemos visto, la mitad de las pacientes que se someten a una fecundación *in vitro* o una
FIV-ICSI
con óvulos donados son extranjeras que residen y dan a luz en el extranjero. Alrededor del 50 % de los óvulos extraídos a las donantes españolas o residentes en España contribuyen, de ese modo, al aumento de la natalidad de otros países en vez de contribuir a la natalidad española. En el conjunto de la UE y en otros países de la OCDE, la natalidad baja al ritmo que aumentan las receptoras de la reproducción asistida y los tratamientos con óvulos donados, transferidos cada vez a pacientes mayores.

En los años noventa, la mayoría de las españolas eran madres entre los 20 y los 30 años, pero desde principios de los 2000 las madres tempranas a la treintena ya son mayoría. Siguiendo esta tendencia, las mujeres que requieren asistencia reproductiva son cada vez mayores, hasta el extremo de que los profesionales del sector han prolongado la edad límite para conseguir ser madres hasta los 50 años con la ayuda de un seguimiento estricto de los embarazos y de la transferencia de embriones creados a partir de los ovocitos de chicas de menos de 30. Como dice el eslogan de la corporación multinacional ObsEva, especializada en salud reproductiva femenina, «somos personas que nutrimos tu salud cuando la naturaleza pierde el norte».

Las clínicas de reproducción asistida corroboran el retraso cada vez mayor de la maternidad, en correlación directa con la recepción de embriones creados a partir de óvulos donados por chicas más jóvenes y fértiles. Pere Barri, nos cuenta:

> *Una de las causas más importantes por las que hoy en día estamos tratando pacientes es el efecto de la edad y del envejecimiento de los ovarios. Las mujeres buscan el embarazo más tarde, y esto hace que tengan dificultades para quedarse*

embarazadas de manera espontánea. Durante los últimos veinte años han cambiado las pacientes; antes tratábamos pacientes por problemas en las trompas, por causa de esterilidad femenina. Hoy en día tratamos temas más de esterilidad masculina por problemas en el semen (ya sea de baja concentración o de baja movilidad: se debe a que los padres también son mayores, aunque en el hombre esta repercusión es más baja). Hoy, hombres con calidad espermática muy baja han podido ser padres gracias a la ICSI.

Louise Brown, la primera bebé probeta del mundo, también nació de una madre con problemas en las trompas de Falopio, como la madre de la primera nacida por fecundación *in vitro* (con óvulos propios) en la Dexeus.

Como en la sanidad pública hay largas listas de espera y no tiene bancos de gametos propios, los aspirantes a tener hijos deben pagar tratamientos de fertilidad cuando ya están en el límite de edad para ser padres. La edad avanzada de las madres también implica el nacimiento de menos hijos por familia, no solo por elección o necesidad económica sino también por el fin de la vida fértil: si tienes el primer hijo a los 38 años difícilmente podrás tener más de dos embarazos, sobre todo sin ayuda de la reproducción asistida.

Vivimos en uno de los países más envejecidos de Europa, donde menos recursos se destinan a recuperar la natalidad y donde hay más turismo reproductivo con óvulos de mujeres residentes en España. Gracias a las permisivas leyes españolas y a unos precios algo inferiores, se atienden, por tanto, las demandas reproductivas de países donde en algunos casos, como el francés o el alemán, las partidas públicas destinadas a la reproducción y a la crianza son más generosas. Una parte importante de los beneficios de este turismo reproductivo no revierte a la hacienda pública sino al sector privado; al obtener los gametos bajo el amparo legal del contrato gratuito de donación y el dinero que se paga a las donantes es en concepto de indemnización por las molestias, la transacción está exenta de IVA e IRPF.

La maternidad: ¿obligación, elección,

privilegio?

Diana Marre, antropóloga a la Universidad Autónoma de Barcelona, comenta:

> *El 63 % de los óvulos donados en Europa provienen de España. A finales de los 90 las donantes latinas eran rechazadas porque no eran blancas. Hoy en día ya no se rechaza ninguna etnia, porque las clínicas de fertilidad españolas abastecen a toda Europa. La fecundación* in vitro *con ovodonación es una fuente de ingresos muy grande para clínicas como la Dexeus o la Teknon, que incluyen a empresas sanitarias privadas de todo tipo. Por este motivo hay tanta resistencia en hablar de las irregularidades legales de las clínicas de reproducción asistida. Se trata de una cuestión de género global. Estratifica la reproducción. Sucede desde hace tiempo. En 2004 España era el segundo país del mundo en adopciones internacionales y uno de los primeros en reproducción asistida. La incorporación de las mujeres al mercado laboral y la tendencia a prolongar la juventud son, en parte, la causa fundamental. En mi universidad, el profesor titular más joven tiene 45 años. El retraso de la maternidad es un fenómeno mundial, pero en España es paradigmático: hace décadas que el índice de fertilidad se mantiene un poco por encima del 1 %.*
>
> *Los obstáculos para tener el primer hijo afectan a mujeres de clases sociales y perfiles diversos, aunque la mayoría sigan siendo mujeres blancas. La encuesta previa a la entrevista que hice como potencial donante de óvulos incluía preguntas sobre mi origen y mi historia genética y racial. En la entrevista posterior me explicaron que hoy es más fácil donar óvulos sin importar tu aspecto, color del pelo, de piel y estatura, un hecho, hasta hace pocos años, raro en una Europa occidental envejecida y con unas nuevas hornadas de inmigración de clase baja. Últimamente, la demanda de óvulos ha crecido, y hoy ya hay aspirantes a madres no caucásicas y con suficiente capacidad adquisitiva para someterse a la reproducción asistida y la implantación de óvulos de otras mujeres con un físico similar al suyo. Si antes solo había demanda de donantes rubias de ojos claros, en los últimos tiempos el abanico de posibilidades se ha ampliado un poco.*
>
> *Zaida, sobre la decisión de donar, comenta:*
>
> *Decidí no darle importancia, hacerlo y punto. Lo*

desdramaticé, son unos pinchacitos, ya está hecho. Me fijé en que había una pareja de madres con sus hijas de 18 o 20 años… Chicas monas, de la zona alta, muy diferentes a otros perfiles de donantes que había visto en la primera y en la segunda donación, la mayoría inmigrantes y con aspecto de tener poco dinero. Recuerdo una gitana que venía con sus hijos. Nos tienen separadas por eso, dicen que es para mantener la privacidad, pero es para que las receptoras no vean qué tipo de mujeres les donamos los óvulos. Pensé que las madres que habían venido con sus hijas quizá lo hacían empujadas por la idea de ayudar que transmite la publicidad engañosa y el mensaje altruista que venden. Cuando me operaron la primera vez me desperté antes de tiempo y vi a dos sudamericanas a mi lado que también habían donado.

Las profesionales con estudios y una carrera laboral más o menos ambiciosa son el grueso de la clientela receptora. Entre los 20 y los 30 años tienen poco tiempo para perder y cuando se acercan a los 40 suelen tener una mayor capacidad adquisitiva. Pero el retraso de la primera maternidad es global y, por lo tanto, la clientela es variada. La fiebre por ser madre ocupa mujeres de formaciones y orígenes diferentes, ricas y no tan ricas, solteras o en pareja, lesbianas, mujeres con problemas en las trompas o enfermedades del aparato reproductor y mujeres demasiado mayores para ser madres de forma natural. Como consta en el informe del Instituto Max Weber, la mayoría de las pacientes de los tratamientos de reproducción asistida priorizan las transferencias embrionarias con óvulos propios, pero en muchos casos las clínicas las conducen a los tratamientos con ovodonación porque por edad ya no se pueden permitir utilizar sus óvulos sin correr grandes riesgos para la vida y la salud de su descendencia.

El primer deseo de cualquier mujer es ser madre con sus óvulos. Y la recepción de embriones creados con óvulos de otra mujer no es la mejor manera de satisfacer el deseo primario de ser madre, sino de conseguir que nazca una criatura del cuerpo de una mujer de más de 40 años.

2. La medicina de la reproducción

Todas las mujeres nacen con miles de ovocitos almacenados en los ovarios. Los irán perdiendo de manera progresiva a lo largo de su vida. La ausencia de ovocitos —es decir, una baja reserva ovárica— desencadena cambios hormonales que provocan la ausencia de ovulación. Por lo tanto, baja reserva ovárica y anovulación son conceptos que van juntos y se retroalimentan hasta su culminación: la menopausia. Los óvulos no se acaban, pero cada vez hay menos y de peor calidad, y esto va frenando la ovulación. Muchas receptoras de ovocitos tienen baja reserva ovárica, algunas incluso sufren anovulación o ausencia de regla, como en el caso de Gala en el momento en que inició el ciclo para ser madre por segunda vez.

La Organización Mundial de la Salud establece que una pareja es estéril tras doce meses de sexo sin anticonceptivos. Si la mujer de la pareja es mayor de 35 años el período se reduce a seis meses. En algunos casos son las mismas clínicas de reproducción asistida las que diagnostican la esterilidad de la pareja; a veces, en cambio, lo determina la ginecóloga, en función de lo que busquen la mujer o la pareja, y de si acuden directamente a la clínica o prefieren consultar segundas opiniones.

Las píldoras anticonceptivas actúan sobre el funcionamiento de los órganos reproductivos, y una mujer que haya tomado anticonceptivos durante años puede tener dificultades añadidas cuando decida ser madre. Despertar el aparato reproductivo femenino tras someterlo a métodos anticonceptivos hormonales requiere tiempo, porque las píldoras detienen el proceso de ovulación. Cuando se afirma que una pareja heterosexual es estéril a menudo no se tiene en cuenta el tiempo que la mujer ha estado tomando anticonceptivos, y puede ser que las clínicas animen a parejas fértiles a someterse a tratamientos de reproducción asistida que no serían necesarios si dieran más tiempo a que los efectos de

las píldoras remitieran.

La biotecnóloga Julia Cura sostiene que la reproducción asistida es en parte un fracaso aunque desde los años setenta del siglo pasado las tasas de embarazo hayan despegado:

> *Muchas mujeres que no podrían ser madres consiguen serlo, pero de todos los ciclos que tú haces hay muchos que fracasan, entre otras cosas porque a menudo tratamos con mujeres que ya son mayores o tienen algún tipo de patología. Cuantas más anomalías, más posibilidades de que algo no vaya bien. Y con los ovarios poliquísticos aún hay más riesgo.*

En casa corría el rumor que una pariente que tenía lo que la medicina de entonces calificaba de matriz infantil se quedó embarazada ya de mayor, cuando no se lo esperaba. La reproducción asistida también tiene sorpresas. Elvira, una de las donantes entrevistadas, cuenta que una mujer de su familia no pudo quedarse embarazada con
FIV-ICSI
y lo consiguió poco después de manera natural. No es raro que después de dos transferencias de embriones fallidas las parejas o mujeres solas decidan detener el tratamiento, tanto por el estrés como por el gasto económico: esto se notó sobre todo en los años posteriores a la crisis de 2008. Los procesos se detienen porque las pacientes no se lo pueden permitir, porque están exhaustas física y emocionalmente o ambas cosas. Pese a no ser determinante, el nivel de estrés es importante a la hora de conseguir un embarazo, como lo son la alimentación y el estilo de vida. Xevi Verdaguer, especialista que trató a Olga y a Araceli, insta a las pacientes que se han sometido a varios ciclos fallidos a cambiar su dieta. Alimentación y fertilidad van de la mano y, allí donde esta práctica es legal, a las gestantes subrogadas se les controla lo que beben, lo que comen, si se drogan y si realizan prácticas sexuales durante el proceso remunerado de gestación.

Si la mujer que acude a la clínica está cerca o supera los 40 años, la donación de óvulos es la primera opción. La asignación es tan automática que Olga y Araceli recibieron el consejo de un ginecólogo que, conocedor de los intentos fallidos de Araceli, de 38 años, les propuso la donación de óvulos sin dudar.

En su caso la ovodonación típica era innecesaria, porque los óvulos de Olga son jóvenes y podrían haber accedido al llamado método ROPA —recepción de óvulos de la pareja—, que consiste en transferir al útero de la madre gestante un embrión creado a partir del óvulo de la otra mujer. Así lo cuenta Araceli:

> *El proceso antes de la fecundación* in vitro *es esperar a que te venga la regla, primero te hacen analíticas para ver la reserva ovárica, como estás de la tiroides, y todas estas hormonas vinculadas al embarazo. Luego tienes que esperar a la siguiente regla y empezar a pincharte Menopur al tercer día. E ir a la clínica a hacer los controles. La hiperestimulación con Menopur dura entre siete y quince días, depende de cada mujer. Después de este periodo se hace la punción para extraer los óvulos. Nos propusieron embarazo por donación de óvulos, pero nuestro ginecólogo nos dijo que era absurdo, porque con Olga me los hubiera podido donar ella. El procedimiento consiste en la extracción del óvulo, que fecundan fuera,* in vitro. *Cinco días más tarde de la extracción te implantan el embrión. Si extraen diez óvulos fecundan unos ocho, y de estos ocho al quinto día solo quedan cuatro, porque el resto han muerto o no han crecido lo suficiente. Se ha visto que lo más seguro es introducir el embrión el quinto día, que es cuando está listo para implantarse en el útero; te hacen la transferencia y entonces es cuestión de horas que el embrión se implante o no (porque quedarse embarazada también tiene mucho de ruleta rusa). Está la punción (lo mismo que hacen en las donantes de óvulos) y luego está la transferencia del embrión fecundado* in vitro. *La transferencia la hacen con un catéter minúsculo (una aguja muy delgada), no necesitas sedación. Esperas tumbada media hora y luego haces vida normal (sin levantar peso ni hacer mucho deporte); diez días más tarde hay que hacer la prueba de embarazo. Y quizás el embrión no se ha implantado. Al ser mayor de 37 nos recomendaron hacer el diagnóstico genético preimplantacional, que te indica las posibles alteraciones cromosómicas; los resultados tardan quince días. Durante los dos primeros meses te hacen ecografías cada una o dos semanas; pero a los dos meses se supone que el riesgo de aborto baja mucho, y entonces te dan el alta. A partir de ahí ya puedes decidir hacer el seguimiento en la pública, como con cualquier embarazo natural.*

Recrear la ovulación

El ciclo menstrual u ovulación es clave para la reproducción natural, y es lo que la reproducción asistida debe estimular o, incluso a veces, provocar. En el ciclo natural intervienen dos hormonas, los estrógenos y la progesterona. En el ecuador del ciclo —entre los días 14 y 17 desde el primer día de la menstruación anterior—, los niveles de ambas hormonas se encuentran a medio camino: los estrógenos bajan y la progesterona, que como su nombre indica facilita la gestación, sube. A mitad de ciclo el óvulo está maduro para la fecundación y el útero está preparado para acoger el cigoto, el óvulo recién fecundado. La reproducción asistida imita la reproducción natural, y el primer paso es la estimulación ovárica. No es más que una exacerbación del proceso fisiológico. Cada ovulación produce cuatro o cinco óvulos, pero solo uno madura lo suficiente para recibir al espermatozoide y convertirse en cigoto. En la estimulación inducida con medicación, los óvulos de la donante o de la mujer que va a someterse a fecundación *in vitro* que llegan a madurar son diez veces más numerosos que los que maduran en un ciclo natural.

Los procedimientos de las diferentes técnicas de reproducción asistida son similares. Primero se estimulan los ovarios para que produzcan más óvulos maduros de los habituales. Cuando las ecografías muestran que los óvulos han madurado se procede a la extracción. Luego se pueden congelar o mantener en fresco para inseminar inmediatamente, ya sea por la vía de la fecundación *in vitro* clásica —con un determinado volumen de esperma— o por la vía más sofisticada del
FIV-ICSI,
que inyecta un espermatozoide en el interior de cada uno de los óvulos extraídos. A continuación, se procede al cultivo del cigoto *in vitro* donde crece durante unos días y cuando se encuentra en condiciones óptimas, o bien se transfiere al útero de la receptora o bien se congela. En la mayoría de los casos se hacen ambas cosas: se transfieren uno, dos o, como máximo, tres y el resto se almacenan congelados en la clínica. Esto tiene implicaciones éticas delicadas y, como sucede con la crioconservación de óvulos para gestar en un

futuro, conlleva un gasto económico anual. Antes de transferir un embrión descongelado o en fresco al cuerpo de una mujer hay que preparar el endometrio, conseguir que tenga el grosor adecuado para recibir el embrión en buenas condiciones, que se implante y pueda gestar.

La mayoría de los tratamientos de estimulación ovárica por los que pasan las donantes y las mujeres que se someten a fecundación *in vitro* o
FIV-ICSI
con óvulos propios, incluyen las hormonas FSH —estimulante de los folículos— y LH —lutropina—, implicadas en el proceso de ovulación. Hace diez años se utilizaba más el clomifeno, hoy en tela de juicio y que en Europa se está dejando de usar. En cualquier caso, cada mujer sigue un tratamiento diferente tanto por la medicación, la recuperación y la reserva ovárica. Olga y Araceli cuentan el caso raro de una aspirante a madre soltera que conocen y que en vez de estimular diez folículos cada mes solo estimulaba uno, para que la estimulación fuera más gradual: se lo aconsejaron porque tenía una reserva ovárica muy baja, aunque parezca contradictorio.

En general, la estimulación ovárica en donantes sigue una pauta de días bastante establecida. Tras los análisis psicológicos, genéticos y sanguíneos, el procedimiento se inicia el primer o segundo día de regla. Comienza un mes de píldoras anticonceptivas, una al día. Durante este tiempo, la donante se somete a supervisión una o dos veces; luego, cuando empiece la estimulación ovárica, la supervisión será mucho más frecuente. Zaida nos cuenta el proceso:

> *El primer pinchazo te lo hacen ellos y te explican cómo hacerlo: te dan las jeringas de Menopur, una por cada día durante una semana. Te pellizcas y te pinchas, como con la insulina; la aguja es pequeña y delgada; es fácil y te lo ponen todavía más fácil, si no te lo puedes hacer lo hacen ellos o te facilitan centros cerca de tu casa […] Con mi amiga Marta, que vino a donar conmigo, lo hicieron de otra manera. Le dieron lo mismo que a mí y luego otro medicamento porque no le crecían nada los óvulos, pero tampoco funcionó. Cuando le dijeron que no era válida para ser donante ya llevaba un mes de píldoras anticonceptivas y se había pinchado dos medicaciones diferentes para probarlo. Le pagaron 50 euros por las molestias y le dijeron*

«lo hemos probado y contigo no funciona el tratamiento». Marta se enfadó, solo pensaba que había perdido un mes y se quedaría sin dinero. La parte médica, la que insinuaba que quizá no podría ser madre porque los óvulos no crecen lo suficiente, la ignoró.

A Carla la han llamado tres veces para donar en la misma clínica, y en su caso bastó con la prueba psicológica y la genética de la primera vez. Tres donaciones y seis hijos nacidos por donante es el límite legal establecido. En la segunda y la tercera donación la clínica la compensó con 200 euros adicionales, el dinero que se ahorraron de la prueba genética de la primera vez.

El mismo día que fui a informarme ya les dije que me interesaba y me hicieron un análisis de sangre. También te hacen una prueba psicológica y, al menos en la clínica donde yo he donado, una prueba genética que envían a Estados Unidos. Lo miran porque, por ejemplo, si el hombre es portador de cáncer de pulmón y yo también lo soy ya no nos juntarán, y así evitar que el bebé salga con este riesgo. No se arriesgan a que el bebé tenga problemas a largo plazo. Yo fui a donar con mi hermana, porque las dos somos rubias de ojos azules y ambas nos hicimos donantes. Mi hermana empezó el tratamiento dos semanas más tarde, porque ya tenían receptora. Solo verla ya se lo dijeron, porque buscan que te parezcas físicamente a la receptora. El doctor elige la donante, no lo hace la receptora. Se fijan en el color de ojos, del pelo y en la constitución física para que la donante se parezca a la madre.

La primera prueba es la psicológica y comienza con un test. En mi corta experiencia como falsa donante, en 2013, el primer contacto telefónico fue un interrogatorio. Tenía 22 años. Me pidieron el nombre, el DNI, mi nivel educativo, altura, peso. También me preguntaron por las enfermedades familiares y me dieron hora para esa misma tarde. En la clínica de reproducción asistida, lo primero que hicieron fue entregarme un documento que hacía referencia a la ley 15/99, la Ley orgánica de protección de datos de carácter personal. Su función es garantizar las libertades públicas con especial énfasis en el honor, la intimidad y la privacidad personal y familiar. En el test que rellené utilizaban la ley para asegurar el anonimato de la donante y también porque, en caso de introducir información falsa sobre las posibles enfermedades congénitas, la responsabilidad recayera en la donante

y no en la clínica, que por otra parte tiene la obligación de hacer un posterior estudio genético de la donante y del hombre de la pareja, o del donante masculino en el caso de las lesbianas y las mujeres solteras.

Cerca de mí había otra chica candidata a donar óvulos. La recepcionista me hizo firmar los documentos, me dio un test bastante largo, fotocopió mi DNI y me hizo una foto. «Enseguida encontraremos receptora, porque tienes los ojos claros y en la clínica tenemos muchas receptoras extranjeras. Rusas, francesas, italianas». Ella y la doctora hablaron de una pareja rusa de aspirantes a receptores. Una de las supuestas ventajas de la fertilización con ovodonación anónima es que, a diferencia de lo que sucede con la adopción, la receptora del óvulo puede fingir con credibilidad que su recién nacido es hijo o hija biológica y concebida por la vía natural. Para lograrlo con la máxima eficacia, la clínica se encarga de que los rasgos físicos y las facciones de la donante coincidan con los de la receptora, y de ahí la importancia de conocer los antecedentes étnicos de la donante. Completado el test psicológico la doctora me advirtió que si mis óvulos fueran poco fértiles o en su ADN apareciera síndrome de Down o acondroplasia, —coloquialmente conocida como enanismo—, la clínica detendría el proceso y me remunerarían según el tiempo de tratamiento invertido, como le sucedió a Marta. También me explicó los procedimientos médicos de la donación de óvulos. El objetivo es sincronizar, a base de hormonas, las menstruaciones de dos mujeres que se parecen físicamente y que compartirán mucho pero que no se conocerán nunca: donante y receptora. La estimulación hormonal intensiva empieza al mismo tiempo en las dos mujeres y el día que la clínica lo decide, aunque los centros se esfuerzan por adaptarse al máximo a las necesidades de las donantes, sin las cuales la intervención en las receptoras sería en vano y las posibilidades de éxito, casi nulas.

La psicología de las donantes

Antes del tratamiento se recomienda que todas las receptoras de embriones fecundados *in vitro* pasen por el psicólogo, aunque no es

obligatorio. Tampoco lo es realizar la prueba genética a la receptora: solo se mira el mapa genético —el ya mencionado cariotipo— de la pareja o del donante de semen y el de la donante de óvulos. La esterilidad afecta a la psicología de las pacientes y de sus parejas, y el estrés y la angustia aumentan con cada intento frustrado. En algunos casos, una visita psicológica previa podría ahorrar sufrimientos innecesarios a mujeres y parejas que se acercan a la reproducción asistida erróneamente convencidos de su deseo absoluto de tener descendencia. En cambio, todas las donantes pasan un test psicológico y, si se juzga conveniente, también una entrevista con un psicólogo.

Esta es la experiencia de Tania:

> *La primera vez no fue tan mala como la segunda. La experiencia, vista desde ahora, me parece muy diferente. La primera vez tuve altibajos, fue duro pincharme, les pedí un aparato para poder pincharme con facilidad y me dijeron que no, que lo tenía que hacer con jeringas normales. Lo llevé bien. La segunda vez la clínica tampoco me acompañó demasiado, pero, además, a nivel hormonal fue una locura. Tenía trabajos esporádicos, sin horarios fijos, y no pude tomarme ninguna baja. Lloraba todo el día, me quería morir, quería parar el proceso y no podía. El último pinchazo con la jeringa grande… No podía hacerlo. Lloraba y lloraba, desconsolada. Me hubiera ido bien tener una enfermera o médica a quien llamar, y solo tenía a mis amigas que no entendían nada. La segunda vez extrajeron trece óvulos; la primera, no lo sé. No sé cuántos bebés han nacido. Han pasado ya siete años y todavía me pongo a llorar. A veces pienso en los años que deben tener… Me sigue sin importar, pero como mínimo hay una criatura por el mundo que lleva mi ADN. Antes de hacerlo lo tienes claro, pero de repente hay un ser vivo que quizás tiene tus ojos.*

A pesar de los tests obligatorios y la visita de control, no se tiene en cuenta que la donante pueda necesitar acompañamiento psicológico, porque el foco se pone en la calidad global de su aportación genética, siempre con la idea de hacer nacer una criatura sana. Gema recuerda el escepticismo de la médica de la clínica cuando ella le entregó el test psicológico:

> *Todas las preguntas me parecieron normales, pero en el test*

psicológico me preguntaron si veo espíritus. Yo soy una persona muy intuitiva y me han pasado cosas que son difíciles de explicar, y cuando se lo conté a la chica que me preguntaba le chocó.

Tania cuenta una situación similar, pero a diferencia de Gema ella prefirió mentir por miedo a que la descartaran como donante:

Una pregunta era si oía voces… Yo veo auras, y muertos, y luego lo he hablado con una psicóloga y me ha dicho que no supone ningún problema. Pero en ese momento mentí para que no me descartaran. Me sentí excluida por el tema, aunque es normal que lo pregunten. Entiendo que la ciencia no valore mis experiencias, pero me hizo sentir inválida. Me llegó mi cariotipo por correo, pero no me explicaron nada.

La pregunta sobre los espíritus también me la hicieron a mí, porque les permite descartar a mujeres que puedan presentar enfermedades psiquiátricas, aunque la referencia a los espíritus y la «intuición» no hizo que borraran ni a Gema ni a Tania de la lista de donantes. El test escrito incluía preguntas que ya me había visto obligada a responder por teléfono, con el añadido de una sección psicológica con cuestiones similares a las que comenta la Gema: «¿Cuál es tu estado de ánimo? ¿Tienes o no pareja? ¿Cuántos abuelos vivos tienes? ¿A veces te abstienes de contar lo que piensas por temor a que te consideren loca? ¿Te apoya tu familia en la ovodonación?».

Una de las preguntas era sobre mi nivel educativo y mi empleo. Mentí tan poco como me fue posible y especifiqué qué enfermedades habían afectado a mi familia durante generaciones. Padres, abuelos, tíos. Una de las primeras condiciones que puedes leer en cualquier web de donación de óvulos y reproducción asistida es que las donantes no pueden ser adoptadas, porque en ese caso no conocerían suficientemente sus antecedentes genéticos, y no todas las enfermedades graves quedan reflejadas en el cariotipo. Esta pregunta no tuve que responderla en ningún momento del test. Daban por hecho que yo no era adoptada y me preguntaban si en mi familia había antecedentes de síndrome de Down o de acondroplasia, enfermedades que, como ya hemos comentado, me excluirían como posible donante. La donación de óvulos como práctica extendida es reciente, pero, si la legislación no cambia, una

hija de la donación de óvulos a quien no se le haya dicho la verdad sobre sus orígenes podría presentarse como candidata a donante y ofrecer información falsa sobre los antecedentes familiares.

Una vez en la sala, la doctora me preguntó si mis parientes o mi pareja eran de origen latinoamericano. Respondí que no, que todos mis genes son europeos —que yo sepa— no tengo ninguna pareja que pueda venir a reclamar nada, con todas las connotaciones racistas que todo ello presupone: ¿de qué manera puede ser relevante, sino, que mi hipotética pareja fuera latinoamericana? ¿Presuponían que un marido latinoamericano podría ser contrario a la donación y podría obligarme a detener la estimulación y la punción para extraerme los óvulos? ¿En qué afecta a mi salud, mis ojos verdes y mi piel clara, el hecho de que mi pareja sea oscura o clara, sana o enferma, local o extranjera? ¿Si vamos más allá, por qué la ley debe establecer la semejanza de fenotipo obligatoria? Una respuesta plausible —y en mi opinión justa— es la creación de niños mestizos por capricho y exotismo. Pero también está la idea de fondo de que las criaturas deben parecer hijas genéticas de su madre y que hay que mantener las «razas» tan separadas como la reproducción asistida lo permita. Olga y Araceli me dijeron que «si nosotras quisiéramos gestar y parir un hijo negro no podríamos; son las leyes españolas».

María, donante con estudios superiores, también recuerda las preguntas de la clínica y el test psicológico previo.

> *Me hicieron seguir el proceso protocolario: exámenes psicológicos —charlé con una psicóloga— y me hicieron análisis de sangre. Diría que no me hicieron ningún test genético, porque no recuerdo ver ningún resultado, pero me preguntaron qué enfermedades había en mi familia. Era una clínica de Barcelona. Primero me pasaron un test escrito y luego la psicóloga me fue haciendo preguntas, con el test en la mano, en función de lo que yo había respondido. Me preguntaron si alguna vez, yendo por la calle, me había fijado en que alguien se parecía mucho a mí. Lo que me sorprendió más fue la pregunta sobre si yo creía que algún día tendría interés en conocer la persona que nacería de mi óvulo. Me chocó un poco, porque no me lo había planteado en estos términos: en ningún caso se me pasó por la cabeza que aquello fuera hijo mío. Sí, es un óvulo mío, pero para mí la maternidad va mucho más allá de eso, y a veces no tiene ni genética. Tras el*

examen psicológico y de salud, me hicieron una revisión ginecológica. Todo muy riguroso. Un par de semanas más tarde me volvieron a citar, me hicieron otro examen ginecológico y me explicaron cómo me tenía que pinchar, como me sentiría.

Gema tiene un punto de vista muy parecido:

No me importa que se sepa que soy donante. Una de las mujeres de esta conversación de Facebook **[18]** *donde me conociste decía que ella no podría donar porque es como abandonar los niños y ella eso no lo hace. A mí me han sacado óvulos… Óvulos que tienen mi ADN; pero la criatura que nace no tiene mi sangre, la sangre la pone la madre. Algunas facciones y características que esta criatura debe tener son mías… Pero, si este bebé no lo he criado yo, no es mi hijo.*

Crear embriones en el laboratorio

La congelación de óvulos o de embriones es mucho más cara que la transferencia en fresco, pero en ciertos casos es inevitable si se quiere garantizar su viabilidad. Como dice la embrióloga Júlia Cura:

En fecundaciones in vitro *con óvulos donados se hacen visitas previas y controles muy estrictos para que la extracción de óvulos, la inseminación y la preparación y transferencia a la gestante sea simultánea, pero a veces no se consigue. Otras veces en vez de veinte óvulos salen treinta y lo que haces es coger unos cuantos para la receptora prevista y el resto de óvulos se congelan y serán para una nueva receptora que todavía no disponga de donante.*

Una mujer también puede ser su propia donante. La extracción de unos doce o trece ovocitos le puede costar entre 2000 y 3000 euros; mantenerlos congelados le puede costar unos 125 euros al año. Las garantías de embarazo futuro, cuando la vida le permita gestar y ser madre, no existen: el doctor Bonaventura Coroleu, jefe del Servicio de medicina de la reproducción de la Dexeus, afirmaba en el diario *ABC* **[19]** en 2016 que algunos óvulos no resisten la descongelación.

Los ginecólogos tienen opiniones divergentes sobre cuál es el mejor momento para hacer la punción en donantes o pacientes de fecundación *in vitro* con óvulos propios, del mismo modo que hay embriólogos que son partidarios de transferir los embriones en fases algo diferentes de su evolución.

> *Después del tratamiento de hormonación o estimulación extraemos los óvulos y preparamos la muestra de semen para juntar dos gametos en la placa de Petri. Esto es el tratamiento en sí, pero el trabajo del embriólogo va más allá. También está el cultivo de los embriones, que dura entre tres y seis días antes de implantarlos en el cuerpo de la receptora o bien guardarlos congelados.*

Habla Enric Güell, de 32 años. Hace ya siete que dirige una pequeña clínica. Es embriólogo y tiene mucho trabajo porque es el único especialista del centro. Muchas mujeres para inseminar y, sobre todo, muchos embriones que hacer crecer y poder elegir. Con los años, la tendencia global es transferir a las mujeres tan pocos embriones como sea posible, porque eso garantiza menores riesgos tanto para ellas como para sus hijos. Pregunto a Güell cuál es su mejor recuerdo a lo largo de la carrera profesional:

> *Ha habido muchos. Que te digan que le han puesto su nombre impacta mucho, pero me quedo con el recuerdo del día en que una pareja a quien les había costado mucho vino a presentarnos a su bebé. Lo consiguieron con nosotros.*

En el campo de la reproducción asistida, ginecología y embriología, clínica y laboratorio, casi no interactúan. Los embriólogos saben poco sobre los medicamentos que facilitan la estimulación ovárica, por ejemplo. Júlia Cura dice:

> *En España se pueden transferir dos y en casos excepcionales tres embriones, pero se está intentando ir a un embrión y afinar más. Antes se ponían tres o cuatro para asegurarse de que alguno sobreviviría, y de ahí los embarazos múltiples. Había la idea de que alguno se implantaría, pero esto plantea dos problemas. El primero es que por casualidad se implanten los cuatro, y una paciente —dejando de lado parejas homosexuales, que pueden venir con veinte o treinta años— con patología previa o de edad avanzada ya es suficiente de riesgo como para tener que gestar*

más de un embrión vez. Poner dos también puede ser un error, porque tal vez un embrión que se hubiera implantado bien finalmente no lo hace por culpa del otro: un embrión puede sufrir una anomalía y estropear el embrión bueno. Lo ideal es transferir el mejor embrión, uno solo, y si no funciona ya se intentará de nuevo transfiriendo el segundo mejor embrión. Debe valorarse: ¿transfiero uno bueno y uno no tan bueno? ¿Transfiero dos muy buenos y me arriesgo a perderlos ambos?

Las receptoras no siempre están de acuerdo con que se les implante un solo embrión. ¿El motivo? El precio. Almacenar cuesta dinero, y someterse a un ciclo más de preparación del endometrio cuesta unos 6000 euros. Nos lo cuenta Gala:

En las fecundaciones *in vitro* te recomiendan ponerte dos embriones en vez de uno, porque solo con uno hay menos posibilidades de que la cosa funcione. Nos lo explicaron bien, dijeron que quizás nos quedábamos embarazados de gemelos o quizás de ninguno […] Nosotros decidimos que solo uno, porque esta vez tanto yo como mi pareja teníamos claro que solo queríamos tener un hijo. Hicimos la *in vitro* con uno de los dos embriones que nos quedaban y falló: no me quedé embarazada. Había que reiniciar el proceso, y esto tiene un coste de entre 6000 y 8000 euros. Entonces fuimos a Fertilab, porque la Quirón ya no nos aceptaba. Una bióloga estudió la calidad del esperma. Volvíamos al dilema de si transferíamos uno o dos, porque con más embriones las posibilidades de éxito son más altas pero ya teníamos a Carlota y no queríamos un embarazo múltiple.

En 1994 más de la mitad de las transferencias en ciclos de ovodonación y recepción eran de más de tres embriones. En el año 98 se implantaban más de tres embriones en el 31,9 % de las fecundaciones *in vitro*, tanto con óvulos donados como con óvulos propios, y en 2002 este porcentaje ya era de poco más del 10 %. Con transferencias de más de tres embriones el riesgo para la madre y los bebés es muy alto: los embarazos múltiples son complicados para las mujeres de mediana edad y nacen bebés con un peso muy bajo. Las transferencias de hasta cuatro embriones no eran raras en los años noventa, cuando había una escasa preocupación por el bienestar de la madre más allá de su función reproductiva y el de los niños más allá de su condición de producto. Las de cuatro

disminuyeron drásticamente al tiempo que aumentaban las transferencias de uno o dos embriones, que ya son mayoritarias. Hoy se avanza hacia la política de un solo embrión, más efectiva y menos dañina para la madre en potencia, pero también más cara.

2004 fue un año importante para la evolución médica de la reproducción asistida en España: se prohibieron las transferencias de más de tres embriones y se empezó a practicar el diagnóstico genético preimplantacional, enfocado a los embarazos de mujeres de más de 40 años, la mayoría de las cuales son receptoras de ovocitos. Con el tiempo, las técnicas de congelación o crioconservación de ovocitos y embriones facilitan y hacen rentables las transferencias de menos de tres embriones: los embriones aptos congelados se pueden transferir en cualquier otro momento, en un ciclo diferente al que se someta la misma mujer u otra receptora. Cada ciclo se paga por separado, por lo que algunas mujeres prefieren transferirse más de un embrión a la vez. Hasta hace veinte años, no se podían conservar los embriones de calidad y, desde el punto de vista de las probabilidades de éxito, era lógico transferir tantos como fuera posible al cuerpo de la mujer, con el objetivo de aumentar las opciones de embarazo. Se priorizaba y aún se prioriza el nacimiento de un niño, pero la tendencia reciente a hacer transferencias de menos embriones evita reducciones embrionarias —la eliminación voluntaria de embriones implantados con éxito— y contribuye al bienestar de la gestante.

Pere Barri: «La reproducción natural es mejor que la artificial»

Me licencié en 1971 y me dedico a la medicina de la reproducción desde 1974. Calcula: cincuenta años. Vengo de familia de médicos, abuela, padre, mi hijo también. Me especialicé en obstetricia y ginecología y he asistido a muchos partos y cirugías, pero en los años setenta la reproducción asistida no existía. En los años setenta era más curanderismo que otra cosa. Desde entonces las técnicas de reproducción asistida han pasado del curanderismo a ser una rama de una ciencia muy consistente, de una medicina basada en la

evidencia que nos ha permitido conocer cosas que jamás hubiéramos imaginado. Realizamos unos 1700 ciclos de fecundación *in vitro* al año, y la cifra aumenta.

Me pongo en contacto telefónico con el doctor Barri a través de su secretaria. Pere Barri y Anna Veiga hicieron posible que naciera la primera niña por fecundación *in vitro* en España, Victoria Anna, y lo hicieron en la Dexeus, indiscutible referente de la reproducción asistida en nuestro país, en parte porque es una de las poquísimas clínicas en las que se hacen más de 1200 ciclos anuales, con suficiente excedente de óvulos y embriones para destinar una parte a la investigación. A media llamada me deja, lo necesitan en el quirófano. Vuelvo a telefonear más tarde, me atiende, y me dice que vuelva a llamarle cuando quiera. Este es el extracto de la entrevista. El doctor Barri comienza diciendo:

—Victoria Anna fue la primera niña nacida mediante fecundación *in vitro* en España y Latinoamérica. Desde entonces todo ha cambiado mucho, a pesar de que la esencia de la técnica es la misma. Para empezar, han cambiado las tasas de resultados, porque hemos pasado de un 15 % a un 40 % de embarazos; también han cambiado las pacientes, porque antes casi todo eran mujeres con problemas en las trompas de Falopio. El efecto de la edad en el envejecimiento de los ovarios es lo que más tratamos, pero hay mucha patología de esterilidad masculina y el problema también es la calidad del esperma de los hombres. Antes, en los casos más severos, se recurría a semen de donantes: ahora la
FIV-ICSI
ha permitido una gran mejora, al igual que la ovodonación ha permitido que las mujeres sean madres, previa renuncia a la transmisión genética a sus hijos biológicos. La paradoja radica en que hoy es concebible que la madre biológica, la gestante, no comparta el ADN de los hijos que dará a luz. Pese a todo, la vinculación química está ahí: un embrión contiene información genética, contiene todas las características únicas que configurarán un individuo; pero un embrión de laboratorio no es nada sin un útero que lo acoja, un corazón que lata y le aporte las proteínas y los nutrientes necesarios para hacerlo crecer. Esto explica que las madres por ovodonación sientan a sus hijos como propios y biológicos.

—Los informes apuntan a una mayor incidencia de abortos en los tratamientos con ICSI y una mayor incidencia de cesáreas entre las receptoras de óvulos. ¿A qué se debe?

—La FIV-ICSI no aumenta el riesgo de aborto, pero las mujeres que requieren esta técnica son más propicias al aborto porque son mayores, y cuanto mayor es la mujer, más alto es el riesgo. También ha cambiado el tipo de pacientes. La mayor incidencia de cesáreas en las mujeres que se han sometido con éxito a la fecundación *in vitro* con óvulos donados también es efecto de la edad. La edad equivale a aumento de riesgos. En mujeres estériles hay más riesgo, primero de aborto y después de cesárea, porque son bebés muy valiosos: no es que no lo sean los demás, pero una mujer que se ha pasado diez años buscando un embarazo no puede arriesgarse a perder la criatura. En ovodonación hay más cesáreas porque la media de edad de las pacientes está por encima de los 43 años. Las que nos piden ayuda para quedarse embarazadas con sus propios óvulos tienen entre 38 y 39 años, una edad en que fisiológicamente ya se está en una transición perimenopáusica. ¿Qué quiere decir? Que los ovarios empiezan a bajar su actividad. La menopausia se producirá diez o doce años después, pero en ese momento ya reducen su actividad.

—¿Cuál es el perfil mayoritario de paciente?

—Antes eran parejas heterosexuales; hoy siguen siendo mayoría, pero también tenemos muchas parejas de mujeres homosexuales y de hombres homosexuales. También tenemos modelos monoparentales, mujeres u hombres solos, que teniendo en cuenta los países donde la subrogación uterina está permitida, un hombre o una pareja de hombres podrían ser padres.

—Pero eso aquí no sucede, ¿verdad?

—No, aquí no sucede porque en España está prohibida la subrogación uterina, pero no está prohibido tratar a mujeres solas o a las parejas homosexuales de mujeres en las que una de ellas se transfiere el embrión de la otra. Todo esto son situaciones nuevas y muchos de los pacientes que estamos tratando no son estériles sino que no pueden tener un hijo en el momento en el que fisiológicamente sería más favorable. Pienso en las mujeres de 35 o

36 años que congelan óvulos en buen estado para utilizarlos más allá de los 40, por ejemplo. También tratamos pacientes internacionales que mayoritariamente vienen a someterse a técnicas de donación de óvulos y que dan a luz en sus países de origen.

—En cuanto la reserva ovárica: ¿los óvulos se acaban o se termina el proceso de hacerlos crecer?

—Ambas cosas. Se acaban los óvulos y, además, la calidad cromosómica de estos óvulos empeora con la edad. La mitad de los óvulos de una mujer de 40 años es cromosómicamente anormal; o no se fecundarán y no darán lugar a embrión y embarazo o, si se fecundan, darán embriones anormales que tienen más riesgo de aborto. Una mujer de 42, si queda embarazada espontáneamente, tiene un 70 % de riesgo de aborto. Esto hay que decirlo, porque la gente no es consciente del efecto de la edad. Piensan que si a los 40 les cuesta quedarse embarazadas ya se harán una *in vitro*, pero esta técnica, a esa edad, va tan mal como la reproducción natural. Lo importante es que la gente, o bien tenga hijos de manera espontánea antes de los 35 años, que sería lo ideal, o, si no los puede tener, que congele óvulos. Es importante informar bien a los pacientes.

La referencia que hace Barri a las parejas de hombres homosexuales que acuden a la clínica para informarse parece indicar que los que van en busca de asistencia lo hacen para asesorarse sobre lo que el doctor llama subrogación uterina, o gestación subrogada: los sectores que se oponen a esta práctica hablan de vientres de alquiler, una expresión muy visual que pone el foco en la explotación del cuerpo de la mujer. En una entrevista de 2017 en *ABC*, Barri se declaraba favorable a la gestación subrogada, sus buenos resultados y su relativa simplicidad, y añadía que si no fuera «comercial» la opinión pública no estaría tan en contra[20]. La técnica de la gestación subrogada funciona porque las gestantes son jóvenes, que es el mismo motivo por el que la reproducción natural en general funciona sin muchos problemas entre las menores de 30 años. Si tenemos en cuenta que la donación de óvulos, mucho menos aparatosa que un embarazo, se remunera —bajo la apariencia de una compensación por las molestias de la donante—, ¿cómo podemos entender que una mujer dé a luz al hijo de otra sin recibir nada a cambio?

El éxito de los óvulos jóvenes

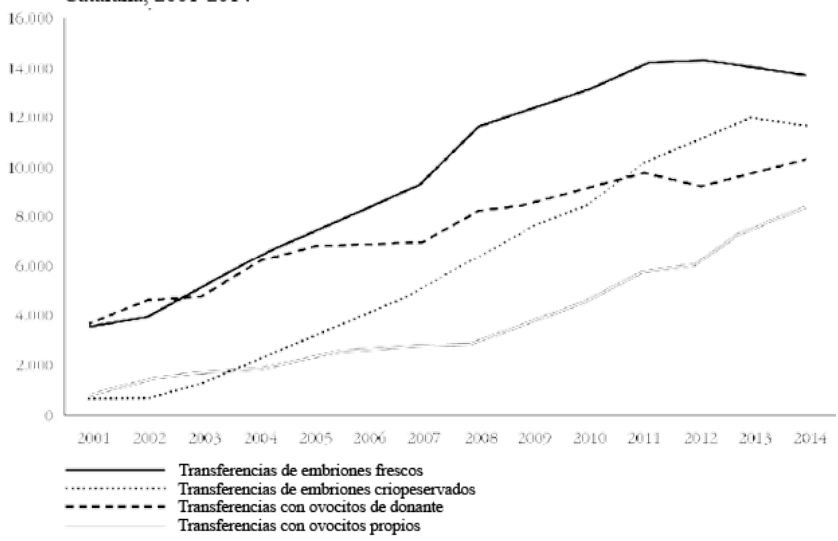
Zaida nos habla de las consecuencias físicas y psicológicas como donante:

> *La primera vez solo me hinché. Tenía 18 años. Al salir de la extracción no me dejaban coger la moto, no quieren que conduzcas después de la operación y la anestesia. Salí de la clínica, me vino a buscar una amiga. Cuando se me pasó el efecto de la anestesia empecé a notar malestar como de regla, pero no fue gran cosa. En cambio, esta última vez, durante el tratamiento, ya tuve un mareo brutal y decidí dejarlo, pero desde la clínica insistieron tanto que al final me hicieron la punción. Después de la segunda donación no me recuperaba. Parece que tengo intolerancia a la morfina. Notaba un mareo imparable, un mareo de estómago. Empecé a vomitar y cuando llevaba cinco horas así me dijeron que me tenía que ir, que la estancia solo podía ser hasta las doce del mediodía y que tenía que encontrar a alguien que me viniera a buscar; me vinieron a buscar sin coche, y yo estaba tan mal que me dejaron ingresada un rato más. Me dijeron que me llevarían a otra planta hasta que se me pasaran los vómitos. Al final los médicos llamaron mi padre, porque yo estaba vomitando semiinconsciente, no sabía ni mi nombre. Me llevaron a una planta sin ninguna manta, en una camilla sin sábanas. Entonces vino mi padre y me dijo que estaba en una planta abandonada, detrás de los ascensores.*

Llama la atención el poco interés que tanto los artículos científicos como la prensa generalista prestan a las consecuencias físicas y psicológicas que sufren las donantes de óvulos. La mayoría de los estudios psicológicos se centran en la madre y en la pareja de la madre en caso de que tenga. En otros estudios, el foco de atención se pone en los embriones que se convertirán en bebés, pero la salud física y psicológica de la donante suele quedar al margen. Las complicaciones letales son muy poco habituales: cuando una aspirante visita la clínica los ginecólogos declaran que hay menos de un 2 % de posibilidades de sufrir un efecto secundario grave. Que la donación no afecte de manera clara la fertilidad o la salud futura de las donantes ni resulte en torsiones ováricas ni hemorragias graves inmediatas no implica que esté exenta de riesgos a corto y a largo plazo.

Las donantes entrevistadas han padecido molestias atribuibles a la edad que tenían cuando donaron entre otros factores, y los datos referentes a la donación de óvulos son poco claros, en parte porque la donación de óvulos es una técnica habitual reciente y no ha dado tiempo a estudiar sus consecuencias: la demanda crece, los bebés deben nacer. Muchas donantes se quejan del proceso de donación y aseguran que no lo repetirían; para otras, más jóvenes, la donación de óvulos fue una forma de contribuir a la maternidad de otra mujer y, por lo tanto, una molestia física bien compensada. En cualquier caso, la donación de óvulos se consolida como una de las vías más eficaces de garantizar la gestación en mujeres infértiles.

Gráfico 3. Transferencias según tipos de embrión y prodecencia de los ovocitos Cataluña, 2001-2014



Fuente: informes FIVCat

En Cataluña, del 2001 al 2014, casi se cuadruplicaron los ciclos de obtención de óvulos tanto propios como donados, y el total de transferencias embrionarias se multiplicó por cinco, de 4224 a 22 030 (ver gráfico 3). En ciertas tipologías de transferencia, tal y como apuntaba el médico y embriólogo Enric Güell, la crisis de 2008 se notó en la relativa desaceleración de años posteriores más que en el mismo año
2008-2009.

A partir de 2013 y 2014, sin embargo, las transferencias, de todos los tipos, siguen ascendiendo.

El incremento de las transferencias con ovocitos de donante es sostenido. En 2001 eran minoritarias (613) junto con las transferencias de embriones crioconservados, porque la crioconservación todavía era una técnica poco desarrollada. En 2014 las transferencias de embriones creados a partir de óvulos donados ya superaron las transferencias con ovocitos propios, que en 2001 eran amplia mayoría y más de cinco veces más habituales que las transferencias de embriones creados con ovocitos donados. En 2008 aumentaron claramente los embriones creados y crioconservados respecto al año anterior, y en 2009 la cifra de congelaciones cayó y se estabilizó al año siguiente. Es plausible que en 2008 se congelaran más embriones y que después ya no hubiera dinero o fuerzas para congelarlos para el futuro. Entre 2010 y 2011 las transferencias con ovocitos donados superaron por primera vez las transferencias a partir de ovocitos propios, solo por encima de las transferencias de embriones frescos; estos se pueden crear con ovocitos donados o propios. A partir de 2011 la cifra de embriones crioconservados sube hasta 40 000, en parte por las mejoras en la técnica y la seguridad que mejoran la supervivencia.

Según FIVCat, en 2013 y solo en Cataluña, se hicieron 22 966 ciclos de transferencias embrionarias a partir de ovocitos propios y donados. Desde 2009 la ovodonación es frecuente en los tratamientos reproductivos, sobre todo con ovocitos y embriones donados en fresco, y la opción de recurrir a la donación de óvulos se ofrece a todas las mujeres que acuden a la clínica a partir de los 40 años. El éxito de los resultados lo avala: en 2013 las transferencias de embriones a partir de ovocitos donados son las que producen más embarazos, ocho puntos por encima de lo que sucede con los embriones propios, con el consiguiente aumento de hijos nacidos vivos por transferencia.

En 2014, el tratamiento más efectivo en Cataluña es con óvulos de donante en fresco, con el 45,8 % de nacidos vivos, más de 10 puntos por encima de la transferencia de embriones a partir de óvulos propios en fresco.

Breve historia de las complicaciones

Carla, donante de óvulos en tres ocasiones, sobre los riesgos y las complicaciones, dice:

> *¿Riesgos? Te avisan de los riesgos, sí, pero realmente no hay nada que pueda ir mal. Porque tú produces óvulos… En la clínica lo único que hacen es sobreproducir lo que tú haces cada mes. El único riesgo que existe es que cuando te estás tomando la medicación te dicen que no debes beber, ni fumar; los dos últimos días te dicen que no andes mucho, porque te puede provocar la regla y como tienes tantos óvulos te haría mucho daño, como una regla multiplicada por veinte […] Yo no fumo tabaco… Me dijeron que intentara fumar menos. No te pueden prohibir nada, pero una lo hace por sí misma, si te estás medicando no bebes y punto. Tengo amigas que han donado y que fumaban y bebían; esto no impide que la donación funcione, pero creas menos óvulos. La primera vez que lo hice yo fumaba hierba; la segunda vez no fumaba hierba y produje el doble de óvulos.*

Y esta es la experiencia de Gema, donante:

> *Me avisaron del máximo de veces que puedes donar, pero con una vez tuve suficiente. Me hicieron firmar un papelito sobre las enfermedades de mi familia y todo eso. ¿Si me hablaron de los riesgos? Te dan un papel que te explica los tratamientos que te harán.*

María, por su parte, explica:

> *Me dijeron que si en cualquier momento notaba que algo no iba bien ellos estarían allí. También me dijeron que no tuviera relaciones sexuales y que me cuidara mucho, que no bebiera y no fumara. Bebí, pero no tuve relaciones sexuales. La hormonación son pinchazos en la barriga, y yo nunca me había pinchado con agujas en la barriga para nada. De entrada, fue raro, pero enseguida me pareció muy fácil: me lo explicaron muy bien, como si tuviera cinco años. Tuve hongos, eso sí, ya me dijeron que era una de las reacciones posibles es que se descontrole la flora intestinal. Estuve muy blanda y tenía cambios de humor. Fue una regla multiplicada por mil.*

Las complicaciones médicas de las fecundaciones *in vitro* y las FIV-ICSI
aumentan en toda España al mismo ritmo que crece la demanda de tratamientos de reproducción asistida y las transferencias embrionarias en general, tanto de ovocitos propios como donados. Entre 2002 y 2004 los ingresos hospitalarios por el síndrome de hiperestimulación ovárica suben de 128 a 276, y los ingresos causados por problemas con la punción o intervención para extraer los ovocitos van de 10 a 26. No nos cuentan si las mujeres que han sufrido hiperestimulación son donantes o pacientes que estimulan sus propios óvulos para someterse a una fecundación *in vitro*, pero pocas o ninguna es receptora de ovocitos: la hormonación que prepara el endometrio para acoger el embrión transferido es menos agresiva. Este incremento es porcentualmente poco o nada significativo porque los 22 605 ciclos de hormonación de 2002 casi se doblaron en 2004, con 38 886. Cuantos más ciclos y transferencias, más complicaciones en total. No podemos ignorar que las cifras de ingresos hospitalarios son más altas de lo que consta en los informes, porque hasta el año 2018 la participación de las clínicas reproductivas en el informe anual del SEF no era obligatoria.

Gala, madre de dos niñas por ovodonación, cuenta:

> *Antes de la fecundación* in vitro *te buscan una donante que se parezca a ti y no te hablan de ella, solo mencionan la edad. Mi primera donante tenía veinte años y la médica nos dijo que era chica muy bonita de cara.*

En el año 2002 el 13 % de los ciclos recogidos por SEF se hicieron con embriones creados a partir de ovocitos donados. Los informes no distinguen entre las complicaciones de la reproducción asistida con gametos propias y las de la reproducción con gametos de donantes. Las complicaciones en la punción, la hiperestimulación, las hemorragias, y en definitiva todas las variables del cuadro excepto la reducción embrionaria, también pueden afectar a las donantes, que antes de la hormonación y la intervención quirúrgica deben firmar un documento en el que asumen legalmente estos riesgos.

Los datos son sesgados: el informe del SEF de 2002 declaraba

que solo 56 centros habían participado, sin especificar el total de centros de reproducción asistida en España en ese momento. En el informe de 2004 se hacía constar que el total de centros de reproducción asistida acreditados era de 190, pero solo 84 participaron. ¿Cómo es posible que hubiera centros privados que se permitieran el lujo de no rendir cuentas ante la administración respecto a una actividad de claro interés público? En 2002 no constaba en el informe ninguna muerte materna en España, pero no se dice nada de las donantes ni de sus posibles defunciones. Aunque los informes no lo mencionen, las complicaciones durante la punción ovárica afectan a las pacientes que se someten a fecundación *in vitro* con óvulos propios, pero, sobre todo, a las donantes.

El informe enfatiza que no ha muerto ninguna madre («muerte materna») y omite la mortalidad que podría afectar a las donantes; eso es todavía más significativo si tenemos en cuenta que entre 2002 y 2004 se contabilizaron cuatro accidentes de tráfico. Cuesta relacionar los ingresos hospitalarios o complicaciones por accidentes de tráfico con los tratamientos de reproducción asistida, pero las donantes entrevistadas cuentan que las clínicas las obligaban a volver a casa en transporte privado y acompañadas.

Carla, explica:

> *Cuando me hicieron la punción iba acompañada; dicen que es mejor que alguien te lleve en coche y venga a recogerte. Tras la intervención te llevan a una sala donde está la persona con la que has venido, y allí esperas hasta que pasan los efectos de la medicación. Te dan algo de comer y luego se aseguran de que haya alguien con quien puedas marcharte; si no tienes a nadie llaman a un taxi que te lleve a casa: no permiten que te vayas a pie.*

Tania, a su vez, dice:

> *La primera vez, en 2013, me pagaron 800 euros, y la segunda, 900. Es muy poco dinero. Para sacarte óvulos te duermen del todo. Somos chicas jóvenes, hacemos las cosas sin planteárnoslo. La segunda vez recibí una llamada muy corta y amistosa, me dijeron que la primera vez había ido muy bien, que era muy buena donante. Y como no tenía nada estable… Me dije que podría soportarlo, es una regla fuerte. Volvieron a llamarme*

una tercera vez. De la primera a la segunda pasaron unos meses, y de la segunda a la tercera, también. Me durmieron del todo, me obligaron a que viniera acompañada y que pidiera un taxi. No tenía dinero para un taxi y fui andando. Tenía el cheque en la mano, pero tenía que ir al banco a cobrarlo y yo estaba lejos de cualquier banco.

La falta de acompañante podría explicar las hospitalizaciones por accidente de tráfico de vuelta a casa, que también pueden haber afectado a algunas mujeres que se extraigan sus propios óvulos para hacerse una *in vitro*, pero es improbable: las pacientes tienen un proyecto de maternidad que las ilusiona y suelen tener pareja o grupo de apoyo. Es más fácil que los accidentes afecten a las donantes, que pueden estar más solas en el proceso de donación. Los informes cuentan las víctimas mortales de los tratamientos de reproducción asistida, pero solo las de las madres. Los mismos documentos no dicen si alguna de las complicaciones acabó con la vida de donantes de óvulos, que no se contarían como muertes maternas.

María, dice:

Alguien tenía que acompañarme a la punción, es un requisito obligatorio. Se lo propuse a una amiga no se escandaliza nunca. Busqué la amiga más extrema que tenía en ese momento; se había prostituido, de manera puntual, y no le había ocasionado ningún peso moral ni problema serio. La elegí casi sin querer. La punción fue un sábado a las nueve de la mañana. Me hicieron una ecografía y una última revisión ginecológica. Me explicaron cómo iría el procedimiento, creo que volvieron a preguntarme si todo iba bien. Me anestesiaron y me hicieron la punción. Recuerdo que el disparo de anestesia me gustó mucho, y me desperté riendo. Fue muy rápido. Tras la punción me tuvieron media hora o cuarenta minutos en una especie de cubo. Era como un aeropuerto, muy impersonal; había revistas de bebés; eso de ver bebés cuando estás a punto de donar óvulos echa un poco para atrás. El personal de la clínica da un poco de miedo porque peca de simpático, todo el mundo sonríe mucho. Había otros cubos junto a mí, pero diría que los otros estaban vacíos, eran como vestuarios del Zara, preparados para varias punciones al mismo tiempo, pero no recuerdo haber visto ninguna otra donante.

En el informe de 2005 había desaparecido la categoría de

accidentes de tráfico, y las complicaciones por hiperestimulación ovárica o a raíz de la punción habían disminuido bastante respecto a 2004. El único que aumenta de manera poco significativa son las reducciones embrionarias. En 2005 no constaban muertes maternas y el resto de las defunciones no aparecen ni lo harán en ninguno de los informes posteriores. El número de centros que había cedido datos era de 84, como el año anterior, cifra bastante inferior al total de centros en España.

Tabla 1. Número de complicaciones por estimulación ovárica

Complicaciones 2003	Número
Síndrome de hiperestimulación ovárica	147
Complicaciones en la punción ovárica	21
Hemorragia	12
Infección	2
Muerte de la madre	0
Accidentes de tráfico	2
Otros	13
Reducción embrionaria	105

Fuente: Informe SEF, 2003

En 2006 se volvieron a superar los doscientos ingresos por síndrome de hiperestimulación ovárica en toda España, solo una cuarentena menos de casos que en 2004 y, además, aparecía la muerte de una mujer durante el proceso de inseminación. En 2007 el ascenso de ciclos y transferencias sigue siendo sostenido, como el aumento de la técnica
FIV-ICSI,
cada vez más en boga. El auge de la
FIV-ICSI,
la ovodonación, la crioconservación y el DGP supone un salto cualitativo evidente en la técnica, cada vez más sofisticada, efectiva y alejada de la reproducción natural. En contraste con la

inseminación a partir de esperma —donado o de la pareja— introducido en el cuerpo de la mujer a la espera de que se produzca la inseminación, la

FIV-ICSI

con ovocitos o embriones donados y descongelados es una obra de ingeniería que pone la gestación al alcance de cualquier persona con útero. Cuanto más estériles —o de edad más avanzada— son las pacientes y sus parejas masculinas, más se refina la técnica, en consonancia con las demandas del mercado reproductivo.

Tabla 2. Número de complicaciones por estimulación ovárica

Complicaciones 2010	Número	% SOBRE TOTAL CICLOS
Síndrome de hiperestimulación ovárica		0,09572%
Infección		0,0071 %
Reacciones alérgicas		0,0106 %
Otros		0,0106 %
Reducción embrionaria		0,05671%
Total ciclos	28 204	

Fuente: Informe SEF, 2010

De las treinta mil transferencias embrionarias de 2007, más de siete mil se hicieron mediante

FIV-ICSI

y óvulos donados a receptoras de entre 40 y 45 años. Aquel año las pacientes de más de 45 ya eran el 17 %, y con óvulos donados las mujeres de mediana edad conseguían el embarazo en un 50 % de los casos, tasas muy superiores a las de los inicios; aun así, los abortos entre mujeres de cierta edad todavía eran frecuentes, y solo un 35 % de los embarazos se completaba con éxito. En 2007 el SEF declaraba dos muertes maternas y diecisiete complicaciones en las

punciones ováricas. La punción no distingue entre donantes y pacientes de fecundación *in vitro* con óvulos propios, pero recordemos que solo se contabilizan las muertes de las segundas, las madres muertas en el intento. Gala, madre de dos niñas por ovodonación a los cuarenta años, tuvo que extremar las precauciones para poder tener a su hija mayor:

> *Con Laura tuve pérdidas, una parte de la placenta se desplazó. Cada vez que tienes pérdidas te pasan la tarjeta de crédito, aunque a mí todo me lo cubría la mutua. Tuve que guardar reposo absoluto y estuve de baja todo el curso. Tuve la suerte de poder hacerlo porque trabajo en la escuela pública.*

En 2008 ya fueron 90 los centros que participaron en el informe del SEF, y los ciclos de recepción de ovocitos donados sobrepasaron los cuatro mil, cifra muy inferior a la recepción de ovocitos propios, que siempre presentaban una tasa siempre inferior de éxito, pero no van acompañados del duelo genético de gestar un embrión producido con gametos donados por otra mujer. Las transferencias de tres embriones repuntaron en comparación con las transferencias —ya mayoritarias— de dos y de un embrión, que todavía eran muy minoritarias en la primera década de los 2000. Los datos del primer año de la crisis parecían revertir la tendencia a las transferencias de menos embriones, pero se mantenía la tendencia al alza entre las receptoras de ovocitos de más de 40 años, que en 2008 ya eran el 57 %. La ovodonación es casi su única opción: si se someten a una fecundación *in vitro* con óvulos propios sus posibilidades de embarazo solo llegan al 3,4 %.

Andrea, nos cuenta:

> *No es lo mismo una* in vitro *con 37 años que con 26. Mi caso es peculiar, y puedo ver la desesperación de las mujeres que quieren ser madres y también las consecuencias que la donación de óvulos puede tener en un cuerpo joven. Me dije a mí misma que era como congelar mis propios óvulos para más adelante pero mucho mejor, porque los utilizaré para ser madre ahora con mi pareja. Tras pasar por la punción, yo no sería donante de óvulos. Me informé del proceso desde una perspectiva feminista. No quería sentirme como una vaca hormonada para parir. Miré mucho la cuestión de la hiperestimulación, porque soy la*

candidata perfecta para donar óvulos. Me dijeron que no me sucedería, que lo controlan mucho. Les dije que me estimularan menos que a las mujeres de 30. Te venden que cuantos más óvulos produzcas, mejor, porque así cuando los unas con el esperma tendrás más opciones de obtener embriones viables.

En 2008 no se documentó ninguna muerte materna y los casos de síndrome de hiperestimulación ovárica fueron menos de doscientos; solo hubo sesenta reducciones embrionarias en toda España, gracias a la ya mencionada tendencia a transferir menos embriones. Dos años más tarde, en 2010, la
FIV-ICSI,
tanto con ovocitos propios como donados se había extendido hasta el 90 %. A finales de la primera década del siglo XXI también hubo un incremento de las transferencias de embriones crioconservados fruto de ovodonación, debido a la mejora sostenida de las técnicas enfocadas a la preservación de la fertilidad. Las receptoras mayores de 40 también eran mayoría en las transferencias de embriones crioconservados de donante: 2462 del total de 3836 descongelaciones fueron para ellas. En 2010 también se detectaba en los informes un ascenso claro de los ciclos destinados a la crioconservación de los óvulos, técnica que permite que una mujer pueda inseminarse con los ovocitos que congeló cuando aún estaba en el pico de su fertilidad. La crioconservación supone un gran avance para las receptoras de mediana edad, con un aumento considerable de los embriones almacenados en las clínicas, aunque solo las más grandes, donde se hacen más de mil ciclos anuales, se pueden permitir abrir líneas de investigación médica con embriones. En 2010 se congelaron 726 embriones de donantes y solo 141 embriones propios; esto se explica porque las donantes tienen más óvulos de mayor calidad, ingrediente imprescindible para la formación de cigotos y el posterior desarrollo de los embriones aptos.

Andrea, prosigue:

Mi ginecóloga me dijo que la hiperestimulación afecta sobre todo a las chicas jóvenes, que son las donantes. Ser joven es un factor de riesgo y no te lo dicen. Produces diez o veinte veces más óvulos de lo habitual, te ponen los ovarios a cien revoluciones y después de la punción te paran en seco. Yo lo hice para ser madre

con mi pareja estéril y mis óvulos, pero a cambio de 1000 euros no pasaría ni por la mitad de lo que he tenido que pasar. Es una explotación de los cuerpos.

María, dice:

Leí todo lo que pude sobre el tema, y leí alguna opinión negativa, alguien decía que no se sabía si más adelante la donación podía tener consecuencias negativas, hasta el punto de provocar un cáncer. Pero era un comentario muy escondido, y no encontré el caso de nadie a quien le hubiera ido mal. Llamé a la clínica y me atendieron enseguida, días más tarde ya estaba allí.

El número de complicaciones derivadas de los tratamientos de reproducción asistida es bajo y se mantiene estable a lo largo de los años. Las muertes maternas oscilan entre dos y ninguna según el año, como los ingresos por hemorragias o síndrome de hiperestimulación ovárica. Los porcentajes de cada categoría de complicaciones están siempre por debajo del 1 % del total de mujeres involucradas en los ciclos y transferencias propias del sector, y por tanto no sería sensato culpar a las clínicas de provocar complicaciones graves en muchas mujeres, sean donantes o receptoras aspirantes a madre. Pero deben cuestionarse las omisiones del informe, así como la tendencia de la legislación española a hacer la vista gorda con los datos insuficientes de la reproducción asistida. Por un lado, durante muchos años los centros no tenían la obligación de someterse al escrutinio público; por otro, las categorías de complicaciones derivadas de los diferentes tratamientos han cambiado año tras año sin explicación alguna, haciendo imposible un seguimiento coherente. Por ejemplo: en 2010 las complicaciones por punción ovárica habían desaparecido, como también desapareció la categoría «accidentes de tráfico». La tercera y principal omisión es que no existe ningún registro de donantes que contabilice las veces que una mujer ha donado óvulos en España, y ello pese a que la obligación que tanto legislación española e internacional prescribe; la cuarta, es que ninguno de los informes del SEF distingue entre donantes y receptoras desde una perspectiva que no sea estrictamente médica, y esto quiere decir que no se nos cuenta nada acerca de la sociología de la reproducción asistida más allá del dato sobre la maternidad cada

vez más tardía.

Hormonación, punción y preparar el nido

Gala, receptora y madre de dos niñas por ovodonación, comenta:

> *Tenía derecho a una segunda* in vitro *y mi pareja y yo teníamos embriones congelados de la primera donante. Pero el proceso de engañar al cuerpo con hormonas para transferir el embrión requería mucha estimulación. Debía preparar el «nido», el útero. Tomaba píldoras para recibir bien el embrión cuando y me pinchaba cada día, pero me podían más las ganas de ser madre que todo lo demás.*

Clara, donante, añade:

> *No tuve molestias, pero me hinché bastante. Me habían avisado de todo lo que podría pasar, de los riesgos, y también me habían hecho todo tipo de controles. Me decían que los riesgos eran de menos del 1 %, y me tocó a mí. No recuerdo que me informaran de los posibles efectos a largo plazo. Después de lo que me pasó no me ofrecieron volver. Sufrí una hiperestimulación ovárica. A mitad del tratamiento tuve que reducir las dosis que te tienes que ir pinchando a diario; tuve que dejar de pincharme porque ya veían que estaba produciendo muchos óvulos. El día de la punción me extrajeron diecisiete o dieciocho y se me hinchó mucho la barriga, fui a casa, pero luego tuve que volver al hospital y me estuve ahí una semana. Los ovarios se me inflamaron mucho, y a raíz de ello tuve una retención de líquidos muy importante. Fue muy bestia, pero eso solo lo supe después: un poco más y no lo cuento.*

Clara sufrió el síndrome de hiperestimulación ovárica, uno de los efectos secundarios más habituales en mujeres muy fértiles y con los ovarios jóvenes. Como ella, Andrea también pasó por un proceso similar después de haber estimulado sus ovarios con el objetivo de hacerse una
FIV-ICSI.
La hiperestimulación a que se someten las donantes o las mujeres que estimulan sus propios óvulos con hormonas no es selectiva,

porque se actúa sobre ambos ovarios a la vez; esto explica, en parte, que las donantes produzcan tantos ovocitos. Júlia Cura, graduada en biomedicina y trabajadora de laboratorio, asegura que se han dado casos excepcionales en los que una sola donante sometida a un solo a un ciclo de hormonación ha producido hasta un centenar de óvulos, con el inconveniente técnico que muchos son inservibles para cultivar embriones. Júlia no dice nada al respecto, pero no sería raro que la donante que menciona hubiera sufrido, poco después, el síndrome de hiperestimulación ovárica. Como ella misma cuenta:

Hay donantes que producen muchísimos óvulos, pero cuantos más óvulos se extraen menos calidad tienen. Hay un rango entre doce y veinte, pero he asistido a punciones en las que se han extraído cuarenta óvulos: son muchos, pero la gran mayoría serán de baja calidad. El récord de la clínica donde yo estaba era de sesenta óvulos por punción, y compañeros míos han llegado a extraer hasta cien. Es un caso de reacción muy bestia a la hiperestimulación ovárica. De las donantes se extraen muchos óvulos, pero la mayoría irán destinados a una sola paciente, o a dos, como mucho. Por eso la reproducción asistida es un éxito y un fracaso. Pongamos que una donante produce quince óvulos; de estos, quizás unos cuantos serán inmaduros, dos o tres, y los tienes que descartar. Quedan doce y los fecundas, pero es casi imposible que todos lleguen a evolucionar como es debido. De los doce, un día después de la
FIV-ICSI
quedan ocho, y evolucionan bien unos cinco, más o menos. De ellos, es probable que al menos sobrevivan dos embriones y se puedan transferir al útero de la receptora, pero es difícil que la mujer se quede embarazada a primera o que, a pesar de quedarse embarazada, no aborte.

La prueba y error de la reproducción asistida, los intentos fallidos obligados antes de conseguir el embarazo, son el motivo de la gran demanda de óvulos y, por lo tanto, de la necesidad de generar un mercado alrededor de la «donación» de gametos femeninos. El embriólogo Enric Güell dice que algunos estudios recientes indican que siempre pueden quedar algunas células precursoras de ovocitos, y que con una transfusión de células

medulares —células madre, también llamadas pluripotentes— se podría reactivar la función ovárica. Lo que no se sabe es la calidad de estas células, probablemente ligada a los años que han transcurrido desde su producción. Por lo tanto, hablar de este tipo de transfusiones y de embriones a partir de estos óvulos reactivados es todavía ciencia ficción.

Elvira, comenta:

> *Quizás a alguien le hubieran hecho más pruebas, pero a mí no me hicieron demasiadas. No me hicieron pruebas, ni me hicieron responder ningún cuestionario, y recuerdo que eso me chocó. Por recomendada que yo fuera deberían haberse informado un poco más; es verdad que de eso ya hace diecisiete años. Tampoco me preguntaron si fumaba marihuana o si iba de fiesta o si tomaba otras drogas. Me empezaron a hormonar enseguida, duró quince días y me hinché mucho. No fue muy agradable. Tetas enormes, muy sensibles; no lo repetiría, no fue lo que yo esperaba. No me pinchaba yo, me pinchaban ellos. La extracción de óvulos, la punción, me la hicieron con anestesia general: se la pedí yo misma al médico porque a los dieciocho años aborté con anestesia local, fue bastante desagradable y no quería volver a pasar por aquello. De la extracción, por lo tanto, no me acuerdo. Recuerdo que los días siguientes estaba muy hinchada, muy sensible […]. Fue traumático porque no me esperaba los efectos que tendría sobre el cuerpo. No recuerdo que me hicieran ninguna visita ginecológica tras donar óvulos. Me mandaron a casa a guardar reposo, me dieron un día de baja. Yo compaginaba la donación con algún otro trabajo de temporada y recuerdo que los tres días después de la intervención no fui a trabajar.*

La punción para extraer los óvulos se hace con anestesia y se deben contemplar los riesgos habituales, pero no requiere ninguna incisión en el cuerpo de la paciente: se inserta todo por la vagina mediante laparoscopia. La punción del ovario para absorber los ovocitos maduros es el momento de mayor riesgo para la mujer a lo largo de todo el proceso, tanto de hemorragia como de posible infección posterior. Dice Júlia Cura:

> *De entrada, durante la punción hay riesgo porque deben anestesiarte, como en toda operación, y tienes que insertar una aguja larga en el útero. Casi siempre se hace por ecografía vaginal, metes aguja y ecógrafo y te diriges primero a un ovario*

—ya sabes más o menos cuántos óvulos esperas, porque lo has ido viendo en las ecografías— y absorbes el folículo donde tienes los óvulos; hecho esto diriges ecógrafo y aguja al otro ovario, donde harás lo mismo. Remueves mucho los ovarios y es una zona que está muy vascularizada, porque el endometrio está muy engrosado, preparado para acoger a un embrión —las hormonas lo han preparado para una implantación.

Según Cura, pasado el momento de la punción los riesgos directos para la salud de la donante desaparecen, pero es pasada la intervención cuando las mujeres corren el riesgo de sufrir el síndrome de hiperestimulación ovárica, como les sucedió a Clara y Andrea. Si hay embarazo en marcha, la hiperestimulación pone en riesgo la vida de la mujer. La hiperestimulación hormonal, la torsión ovárica, las hemorragias y las posibles heridas en las vísceras a causa de una negligencia en la punción son los riesgos inmediatos de la ovodonación y constan en el contrato que se debe firmar antes de la intervención. Pero algunas voces sugieren que puede haber más problemas vinculados al proceso de donación y posteriores a la punción, incluso a largo plazo. Dentro del sector se estudia el impacto de la estimulación ovárica a largo plazo, que todavía no se conoce bien. Hay quien apunta a problemas en las maternidades futuras de las donantes, y existe la posibilidad de una menopausia precoz y la predisposición a los quistes y el cáncer de ovarios.

Zaida, dice:

Es capitalismo puro y duro; te compran la fertilidad. Primero te informan, te dicen que no tienes ningún riesgo, pero te hacen firmar unos documentos con los riesgos que puedes tener durante el proceso; te lo pintan como si el riesgo real fuera de menos de un 1 %. Una conocida murió a raíz de la donación de óvulos: tuvo una hemorragia interna. Uno de cada mil casos, dicen. Era de Barcelona. Se llamaba Erit. Hacía poco que se había operado y estaba en la cama con su compañero cuando tuvo una hemorragia muy fuerte. Pero estas cosas no se saben, no se dicen.

Como Zaida, Tania guarda un mal recuerdo del trato con la clínica, y ambas coinciden en que la segunda vez que donaron fue más dolorosa que la primera. Carla, en cambio, no distingue entre las tres veces que ha donado, y parece satisfecha con el trato de la

clínica, pero hay que tener en cuenta que ha donado óvulos siendo más joven.

Medicación y reproducción asistida

Todos los medicamentos, por suaves que sean, pueden conllevar efectos secundarios, y todos los tratamientos de reproducción asistida, desde la fecundación *in vitro* a la introducción de embriones congelados, requieren hormonas estimulantes —gonadotropinas—, a veces combinadas con otras sustancias. En el caso de los tratamientos con óvulos donados, tanto la donante como la receptora deben tomar hormonas al mismo tiempo, sincronizadas, aunque la dosis de la receptora es más baja porque solo tiene que preparar el útero para recibir el embrión.

Para estimular las hormonas reproductivas hay varias opciones de medicación, y no a todas las mujeres les funciona la misma: a Zaida no le prescribieron la misma que a su amiga Marta, a quien suministraron dos tandas de productos diferentes para estimular el crecimiento de sus ovocitos. Marta tiene ovarios poliquísticos; por más que alguna clínica anime —o no desanime— a las chicas con ovarios poliquísticos a ser donantes, este es un trastorno que, entre otras cosas, hace que madure más de un óvulo en un solo mes y provoca menstruaciones irregulares, a veces anovulatorias, es decir, sin óvulo. A las mujeres con ovarios poliquísticos que quieren ser madres se les recetaba el citrato de clomifeno combinado con metformina, que provoca la ovulación que permitirá el descenso del ovocito y la fecundación.

Júlia Cura, explica:

> *En el ciclo menstrual hay picos de varias hormonas, y en los ciclos de reproducción asistida lo que haces es aumentarlo todo. En un ciclo menstrual natural la progesterona desencadena la ovulación. El clomifeno, el Menopur y el Bravelle contienen estrógenos y, sobre todo, progesterona, y se administran a las pacientes antes de empezar el tratamiento. En el momento de la ovulación, el endometrio, el útero de la mujer, debe estar en unas condiciones concretas. A la donante se la hormona para obtener sus óvulos y a la receptora también, porque el endometrio tenga el*

espesor adecuado; esto en el caso de que la transferencia sea simultánea, porque también existe la opción de emparejar una donante con una receptora pero extraer los óvulos de la donante y congelarlos para cuando la receptora esté lista.

Antes de la introducción y generalización del uso de hormonas cada vez más purificadas, el citrato de clomifeno era la medicación que más se utilizaba para los tratamientos de reproducción asistida. El citrato de clomifeno, bajo la marca comercial Omifin, es un fármaco que provocan la ovulación y que las mujeres deben empezar a tomar cuando les viene la regla. Una de sus características principales es el bajo coste: 30 euros por diez comprimidos de
50 mg,
mucho menos de lo que cuesta una caja de Menopur, que es un combinado de gonadotropinas. El citrato de clomifeno es barato y efectivo para incitar la ovulación en mujeres con esterilidad de causa desconocida y es fácil de administrar, por vía oral y sin demasiados efectos secundarios a corto plazo siempre y cuando la dosis no supere los
100 mg.
Se aconseja tomar solo seis ciclos, porque la literatura médica ha detectado una mayor incidencia de cáncer de hipófisis, de ovarios y de mama entre las pacientes que a lo largo de los años ochenta y noventa lo utilizaron para inducirse la ovulación durante doce meses seguidos.

En 2002 los tratamientos con clomifeno ya eran minoritarios en las clínicas españolas, con ciclos que debían detenerse a causa de hiperestimulación ovárica y que no presentaban mucho éxito. En 2004 la estimulación ovárica con clomifeno era del 1,4 %, seguida por los ciclos naturales vía inseminación artificial. La maduración folicular con antiestrógenos y gonadotropinas se solía aplicar en combinación con el citrato de clomifeno, y se combinaba con la metformina en las pacientes que sufrían una esterilidad vinculada al síndrome de ovarios poliquísticos. Las estadísticas del SEF y el FIVCat, aunque incompletas, demuestran que el Omifin —también utilizado hasta principios de los años 2000 por mujeres que querían quedarse embarazadas de manera natural— ya no se usa, al menos en los tratamientos ofrecidos por las clínicas de reproducción

asistida en España y en la UE. Se receta o recetaba a mujeres que quieren aumentar las posibilidades de quedarse embarazadas de forma natural.

El citrato de clomifeno provoca la ovulación, primer paso imprescindible para conseguir un embarazo, pero tiene efectos adversos para los estrógenos y no predispone el útero para el embarazo. De hecho, si una mujer está embarazada, no lo sabe y lo sigue tomando, el Omifin puede generar malformaciones en el feto. Tampoco se aconseja tomar clomifeno en casos de quistes en el ovario o de endometriosis, enfermedad que dificulta el embarazo y puede ser precisamente el motivo por el que algunas mujeres recurren a la reproducción asistida. Cuando se consigue la implantación, el clomifeno tiene como consecuencia habitual el embarazo múltiple, un efecto que se incrementa todavía más con la transferencia de más de un embrión para asegurar el éxito. También, como sucede con las gonadotropinas, la complicación más habitual del tratamiento con Omifin es la hiperestimulación ovárica. Los tratamientos hormonales que deben facilitar la generación de óvulos de buena calidad a menudo están contraindicados para mujeres con patologías asociadas a la esterilidad, lo que obliga a los médicos a hacer equilibrios a la hora de recetar dosis de una medicación, de otra o combinaciones de fármacos.

Según Júlia Cura, cuando aparecen medicamentos mejores, los que no funcionan tan bien o tienen más efectos adversos, los mandan a países en desarrollo y al Tercer Mundo. Es el caso, precisamente, del citrato de clomifeno:

> *Aquí hay un porcentaje muy bajo de pacientes que sí han tenido problemas como la torsión y la ruptura ovárica, pero en muy pocos casos el tratamiento les ha producido consecuencias tan graves como la muerte. Lo que a menudo sucede es que el tratamiento no funciona o hay una hiperestimulación que impide salir adelante con el ciclo. Como con todos los medicamentos hay contraindicaciones, y hay que explicarlas, aunque sean poco probables: también la aspirina tiene muchos posibles efectos secundarios adversos. Por otra parte, algunos procedimientos en laboratorios de países como Argelia —uno de los países africanos con más reproducción asistida— puede que aquí se utilizaran hace treinta años.*

El embriólogo Enric Güell afirma que «cuanto mayor sea la dosis de hormonación y mayor sea la respuesta, mayor es el riesgo a presentar un cuadro de hiperestimulación ovárica», pero puntualiza que «actualmente se dispone de suficientes controles y medicaciones para evitar la aparición del síndrome de hiperestimulación ovárica». El ginecólogo Pere Barri también afirma que: «Ahora hay fármacos más puros, obtenidos con tecnología recombinante y sin problemas, a diferencia del clomifeno. Según la edad y la reserva ovárica una mujer necesita una medicación u otra».

La estimulación ovárica puede producir un riesgo de esterilidad similar al tener ovarios poliquísticos, que no son impedimento para quedarse embarazada, pero lo ponen más difícil. Si la paciente que quiere ser madre tiene ovarios poliquísticos el tratamiento se hace igualmente, pero si quien los tiene es una donante, como era el caso de Marta, la situación cambia: «Ya es más complicado, porque cuesta extraer ovocitos maduros y porque puede afectarla más de cara al futuro. En el laboratorio, que a una paciente se le estimule de una manera o de otra nos da igual, estamos con la parte de los embriones», explica Júlia Cura. A las mujeres que quieren ser madres y no tienen más opción de serlo que la de la reproducción asistida, la posibilidad de ser menos estériles les puede parecer un mal menor en comparación con un embarazo; para las donantes, en cambio, someterse a hormonación puede implicar una futura esterilidad o dificultad para conseguir la gestación de manera natural.

Samanta Villar, comenta:

> *Tomé Menopur. No me hicieron ninguna prueba previa de tumores, ni de útero ni de mama, pero yo tenía mis controles ginecológicos normales y estaba todo correcto, las mamografías y todo estaba en orden y yo pasaba mis controles anuales […]. Debería mirar el contrato, pero de hecho me sorprendió que fuera tan detallado, riguroso y bien explicado. La mayoría de los contratos tienen un lenguaje difícil, muchas subordinadas; en cambio, este estaba muy bien explicado, frases sencillas, cortas, al ser periodista me fijé. La última cláusula consistía en afirmar que habías entendido lo que habías leído. Recuerdo que especificaban porcentajes de riesgos.*

Maribel Fernández, psicóloga clínica del centro de Atención a la

salud sexual y reproductiva del distrito de Nou Barris de Barcelona, cuenta el caso de una chica que acudió a verla y que había donado óvulos años atrás:

La paradoja fue que cuando ella quiso ser madre tuvo que hacerse una fecundación *in vitro* porque no se quedaba embarazada. Había donado cuando tenía 20 y los 30 ya quería ser madre. Tuvo que hacer dos *in vitro*, una para el primer hijo y otra para el segundo. No sé si le habría pasado sin haber donado antes, pero no se ha estudiado suficientemente lo que conlleva una hiperestimulación.

Como se explica en el contrato de ovodonación, donar no conlleva forzosamente un descenso de la fertilidad, pero sí puede derivar en una hiperestimulación que acabe dañando los ovarios o acelerando la menopausia de la mujer. Según el embriólogo Enric Güell y el ginecólogo especialista Pere Barri, actualmente hay suficientes controles y fármacos para evitar la aparición del síndrome de hiperestimulación ovárica, y a nivel de éxito reproductivo no se ha encontrado relación entre estimulación ovárica y número de nacimientos. En todo caso, las mujeres que donaron hace años pueden sufrir las consecuencias de una estimulación menos controlada.

Bravelle y Menopur

El Bravelle y el Menopur son medicamentos que se extraen de la orina de mujeres menopáusicas: sus los ovarios ya responden, su nivel de estradiol en sangre es bajo y, para compensar, la glándula hipófisis segrega más FSH —hormona foliculoestimulante o folitropina— y LH —lutropina— para estimularlos. En palabras del doctor Barri, «es como una bombilla que se ha fundido y a la que en vez de mandar corriente de 220 vatios se le manda de 500 vatios». Estas hormonas se eliminan con la orina y se pueden extraer para utilizarlas en la estimulación de chicas que tienen una reserva ovárica normal pero que necesitan gonadotropinas adicionales para estimular los folículos. Por su composición, el Menopur también se usa en casos de infertilidad masculina, y es la protagonista de

muchos foros relacionados con la reproducción asistida, porque sus inyecciones son imprescindibles para el tratamiento. Las contraindicaciones de este medicamento son los tumores de hipófisis, hipotálamo, de útero, de mama y de ovarios; también deben evitar tomarlo las mujeres con problemas de tiroides, las mujeres que sufren enfermedades que dificultan la coagulación sanguínea, las alérgicas a la menotropina y las menopáusicas precoces.

El Menopur también aumenta el riesgo de embarazo ectópico —fuera de la matriz— y el riesgo de abortos, de malformaciones congénitas y de embarazo múltiple, mal menor de la reproducción asistida que se debe, sobre todo, a la transferencia de más de un embrión en el cuerpo de la mujer receptora. Como otros combinados de hormonas que tienen el propósito de facilitar la reproducción asistida, el Menopur implica altos niveles de actividad en los ovarios que pueden derivar en el síndrome de hiperestimulación ovárica, en acumulación de fluidos en el abdomen o la pelvis y en torsión ovárica. Paradójicamente, algunos de los efectos secundarios son los mismos que en principio debería combatir, como la menopausia precoz o el riesgo de aborto, que en receptoras mayores ya es bastante alto. La donante, como la aspirante a madre que se somete a fecundación *in vitro* con óvulos propios, debe pasar ciclos de Menopur o de medicamentos con las mismas gonadotropinas. Los riesgos a los que se somete la donante no solo son los que ya hemos descrito, sino que también se expone a una menopausia precoz, sobre todo si ha donado óvulos —con el tratamiento hormonal— en repetidas ocasiones.

Además de los efectos secundarios previsibles, todavía hoy se dispone de poca información sobre las consecuencias de la mayoría de los tratamientos reproductivos a largo plazo. Las técnicas de reproducción asistida avanzan rápido, y el tiempo de prueba de cada una de ellas y de sus efectos secundarios se acorta para atender la demanda creciente de fertilidad y de tasas de éxito que se traduzcan en bebés. El poco tiempo de investigación de campo previo a la comercialización y uso de estas sustancias impide conocer los efectos a largo plazo, ya sea en los cuerpos de las donantes como en el de las receptoras y los bebés. Como apunta Cambrón Infante y como advierten las mismas clínicas de donación

de manera más o menos manifiesta, la donación puede tener consecuencias en los posteriores embarazos de las donantes, porque se han expuesto a la estimulación y, por tanto, también a sus efectos adversos. Entre las donantes entrevistadas, Gema, Clara y Elvira fueron donantes y ahora son madres.

Elvira aseguró que no le costó quedarse embarazada sin asistencia médica:

> *No tuve ningún problema. Las gestaciones fueron fáciles y los partos fueron naturales. Con el embarazo y el parto no tuve dificultades de ningún tipo, pero en el momento de donar óvulos me habían advertido que había ciertos riesgos; no fue mi caso.*

Gema, hoy madre de un bebé, tampoco tuvo problemas para quedarse embarazada de forma natural, pero tuvieron que hacer una cesárea de urgencia porque al feto le faltaba oxígeno. Tanto Gema como Elvira, pero, además de donantes también han sido madres jóvenes, y la edad siempre es clave en el éxito reproductivo. Clara ha tenido dos hijos y en ambos partos fueron mediante cesárea, pero lo atribuye al tamaño de sus bebés y no a la hiperestimulación ovárica que en el pasado la llevó a la unidad de cuidados intensivos. Al margen de los motivos concretos por los que los médicos decidieron practicarle dos cesáreas a Clara, según Idescat en 2018 el 27,2 % de los nacimientos de Cataluña pasaron por el quirófano, y en el ámbito privado las cesáreas llegan casi al 40 %. La reproducción asistida es un campo que prioriza todavía más la cesárea, a menudo con el argumento de la avanzada edad de la madre. Las cifras de partos por cesárea contrastan con la recomendación de la OMS, que considera que esta intervención no debería aplicarse a más del 15 % de los partos.

Carla, explica:

> *Recomendé la donación a dos amigas, y una de ellas, que es rusa, fue a la clínica: en cuanto la vieron les interesó mucho, pronto encontraron una familia receptora. Sobre todo, se fijan en el físico de la persona, para que se parezca tanto como sea posible a la receptora […]. Mi madre nos acompañó, a mi hermana y a mí. Es como una amiga para nosotros, dice que iría con nosotras a todas partes, incluso si no estuviera de acuerdo con lo que hacemos; aun así siempre me pregunta: «¿Y si luego no puedes ser*

madre?». Yo soy muy fértil, y si dentro de diez años no puedo ser madre no será por haber donado, será por otro motivo.

Las infertilidades y la medicina del deseo

Maribel Fernández, psicóloga clínica, comenta:

> *«Soy una madre postiza, no soy una auténtica madre», dicen algunas pacientes. Trabajo en Nou Barris, un barrio con valores más tradicionales y patriarcales que otros: son parejas o mujeres solas de clase media baja que se han hipotecado para ser madres. A veces hacen tres intentos y necesitan ahorrar un poco más para poder hacer el cuarto ciclo; esta es la realidad más general. Hay mujeres que han hecho una reflexión ideológica y ética, pero muchas mujeres llegan aquí sin haber pensado que experimentarían estas emociones y pensamientos tan contradictorios. Afortunadamente pueden hablar en un espacio terapéutico.*

Tras el nacimiento de la primera niña nacida por fecundación *in vitro* en Francia, el pionero que lo había hecho posible, el ginecólogo René Frydman, bautizó la medicina del futuro más como una medicina del deseo que como una disciplina estrictamente vinculada a la enfermedad y la necesidad de cuidado. En los años ochenta del siglo XX, las técnicas reproductivas todavía eran experimentales. Las predicciones de Frydman se han cumplido y hoy las clínicas afrontan una creciente demanda de fertilidad y de hijos sanos que en muchas ocasiones no viene dada por una esterilidad fisiológica —mujeres menopáusicas o con endometriosis o con un marido estéril—, sino por otros factores: mujeres que quieren ser madres, viudas que quieren inseminarse del difunto marido, parejas de lesbianas y un etcétera que no deja de crecer. A pesar de las nuevas variables sociológicas, la mayoría de las pacientes siguen siendo mujeres mayores con pareja masculina.

Gala, comenta:

> *Mi compañero y yo llevábamos un año intentándolo y no funcionaba, por lo que recurrimos a los tratamientos de inseminación artificial que cubre la Seguridad Social. Me*

inseminé seis veces sin éxito. Un médico de la Vall d'Hebron nos propuso la fecundación in vitro *y lo probamos dos veces, pero tampoco funcionó. Mis óvulos no maduraban lo suficiente. En mi caso no tenía nada que ver con la edad. Mi única opción era la fecundación* in vitro *con óvulos de donante. Transferimos solo uno, y tampoco funcionó. Cada vez que falla es un batacazo. El hombre puede acompañarte mucho, pero la que pierde el embrión eres tú. Siempre piensas que podrás tener hijos por ti misma, y cuando supe que no podía fue muy duro.*

Más allá de las consideraciones económicas y médicas que rodean la maternidad y el auge de la reproducción asistida, está la cuestión de la psicología y la simbología asociada a la maternidad y la paternidad. Psicólogas como Núria Camps, autora en la revista *Intercanvis*[21], apuntan la necesidad de abordar el deseo de maternidad no solo desde la perspectiva biomédica sino también desde la psicológica. Camps, como otros profesionales, se refiere a esta cuestión desde puntos de vista complementarios. Por un lado, se centra en la influencia que el estrés puede tener para conseguir un embarazo y en cómo las mismas técnicas de reproducción asistida someten a la pareja a una presión que puede ser contraproducente para la posterior crianza. Por otro lado, darse cuenta de la imposibilidad biológica de ser padres y madres e iniciar la inseminación con embriones de ovocitos donados supone un duelo psicológico de connotaciones simbólicas diversas y de frustración de la voluntad de inmortalidad inherente a la idea de la descendencia. En este sentido, Pere Barri comenta:

Hay muchas pacientes que no tienen ningún problema psicológico, pero la situación les provoca angustia y sentimientos negativos, como de maldición bíblica: me ha tocado el castigo de no tener hijos. Ofrecer un poco de acompañamiento psicológico es tremendamente beneficioso tanto si la mujer se queda embarazada como si no. Hay pacientes que no lo solicitan, pero nosotros vemos que, o bien tienen una patología de base, o lo están llevando muy mal; entonces les ofrecemos este tipo de asistencia. También la ofrecemos a las donantes de óvulos: pasan un test psicológico que es evaluado por el psiquiatra de nuestro servicio de psicología y medicina psicosomática, que selecciona

qué donantes debe ver personalmente. El 95 % de las pacientes no tienen ninguna patología psiquiátrica, pero para una mujer y para una pareja es importante hacer el duelo genético de no poder tener un hijo con los propios óvulos y recurrir a la donación; asumir esta decisión requiere de un acompañamiento psicológico. Muchas mujeres y hombres se han encontrado en esa tesitura, te pasará esto y lo otro, las fases que seguirás serán estas y llegará un momento que darás mucha menos importancia a la genética que la que de entrada podías darle. Por eso vemos indispensable este apoyo.

La psicóloga Maribel Fernández trabaja en la atención de la salud y sexual y reproductiva, y la mayoría de mujeres que acuden a su consulta son madres por ovodonación o mujeres que están en tratamiento para serlo.

Hay diferentes perfiles de pacientes receptoras. Las profesionales que han pospuesto el momento priorizando su carrera; mujeres que han pensado que quieren ser madres pero ya lo serán; después vienen otras mujeres que no han conseguido quedarse embarazadas con ninguna de las parejas que han tenido y que insisten porque quieren ser madres igualmente. Las que necesitan ovodonación son las que tienen más dificultad: las mujeres a las que la fecundación *in vitro* con óvulos propios ha ido bien prácticamente no las vemos, pero las que han tenido algún fracaso, sí. Hacemos seguimiento de embarazo y perinatal exhaustivo, del estado emocional de la mujer y de si hay violencia dentro de la relación, que detectamos más precozmente, y las matronas nos las derivan con rapidez. Problemas de pareja y problemas depresivos, durante o después del proceso y del parto. No ser madre biológica es lo que aparece continuamente.

Las técnicas de reproducción asistida y su publicidad contribuyen a idealizar el embarazo mucho más de lo que ya es habitual. En el caso de las receptoras de ovocitos, a esto se añade el duelo genético por la toma de conciencia de que no puede ser madre sin ayuda externa. La noticia de la infertilidad llega de la mano de la solución clínica: si no puedes ser madre de manera natural ni con tus propios óvulos puedes recurrir a la
FIV-ICSI
con donación de ovocitos. La biotecnología se presenta como la vía para cumplir un deseo y, en última instancia, resolver o cancelar

una crisis vital. Pero cumplir este deseo sale caro en dinero y salud física y mental. No solo la medicación acelera la menopausia, sino que la angustia por los intentos fallidos tanto con ovocitos donados como propios tiene un efecto contraproducente en el cuerpo de la mujer y puede reducir las posibilidades de embarazo.

Maribel Fernández, comenta:

> *Tras el fracaso de cada fecundación* in vitro *viene otro. Esto lo suele impulsar la misma clínica, porque lo que quiere es que las mujeres se queden embarazadas, que haya un índice alto de éxitos. También te incitan a la fecundación* in vitro *con ovodonación porque tiene más porcentajes de éxito. Los porcentajes que te dan son inflados, pero saben que objetivamente un óvulo de una mujer joven es más fácil que evolucione que el de una mujer de 40 años. Y creo que no hay suficiente tiempo emocional para la mujer; por un lado, ella dice que sí porque quiere quedarse embarazada, pero, por otro, está todo el proceso de duelo de no ser la madre biológica. El proceso emocional tiene un tiempo, y los procesos de la reproducción asistida tienen otro. El tiempo emocional es más lento; hay mujeres que van por el segundo intento con óvulos donados y que todavía están haciendo el duelo genético, que puede volver con el hijo ya crecido. Me he encontrado con alguna mujer que hace dos o tres años que tiene a su hijo y todavía no ha superado no ser la madre biológica y que está como en falso, que piensa que si se divorcia su hijo será del padre.*

Así lo vivió Gala:

> *Es una montaña rusa, todo son altibajos. Mucha gente hubiera parado el proceso, porque es doloroso mental y físicamente. Parte del problema es que ya vas tarde. Empecé a salir con Jaume a los 27 años, entre que encontramos casa y todo… Además, yo siempre he padecido de endometriosis, que es una enfermedad que a menudo va ligada a la dificultad de tener hijos.*

Olga y Araceli hablan en estos términos:

> *A nivel emocional se sufre mucho; te advierten de las pocas posibilidades, pero vas esperanzada hasta que ves que los intentos no funcionan. He echado en falta un acompañamiento en la parte emocional, que te avisen más.*

Tras el segundo intento el ginecólogo les dijo que no lo probaran más con Araceli, algo que ya les habían dicho tras del primer intento fallido. Hace dos años que intentan ser madres, primero Araceli y luego Olga; el último año lo dejaron en blanco. Se prepararon mucho antes del tercer y definitivo intento de Araceli: «Nos dijeron que fuéramos sin expectativas, como si fuéramos a tirar el dinero».

Tanto Gala como Olga y Araceli se dieron cuenta, después de muchas pruebas fallidas y algún episodio depresivo, que el porcentaje de éxito de los tratamientos de reproducción humana asistida es realmente del 20 %, con su contraparte de decepciones. Entre ellas están las reiteradas dificultades para quedarse embarazada y también el riesgo de aborto, más frecuente en los casos de las receptoras de embriones por ovodonación porque las mujeres suelen ser de edad más avanzada que las pacientes que se someten a la fecundación *in vitro* con óvulos propios. Maribel Fernández dice que todas sus pacientes han sufrido efectos secundarios psicológicos: «El tratamiento psicológico es imprescindible y acabamos atendiendo esta necesidad desde la pública. En la Dexeus ahora hay servicio psicológico, pero hace veinte años no lo había». La atención psicológica en la clínica privada tiene un coste extra que, a menudo, acaba derivado en los centros públicos, pero Fernández también pone énfasis en el trato diferencial que reciben las clientas de la clínica privada durante los tratamientos. En la pública, además de ofrecer menos oportunidades de ciclos de inseminación y de pruebas genéticas en los embriones que se transferirán, las pacientes tienen que pasar por una larga lista de espera y se ven mucho menos acompañadas por el personal médico, sin el seguimiento que ofrece la clínica privada.

> *Somos ocho centros ASSIR* [Atención a la salud sexual y reproductiva] *en toda Barcelona, pero en momentos críticos hemos sido seis. La receptora se encuentra muy sola en el proceso. Las clínicas dan perspectivas de éxito sin mucho realismo. Para las mujeres feministas también supone una gran contradicción ponerse en la mercantilización de la maternidad. Se utiliza el cuerpo de la otra para tener una criatura: en el caso de la gestación subrogada, sobre todo, porque las gestantes son del Tercer Mundo, pero en la ovodonación también. La donante está*

regalando los óvulos, prácticamente. No se pagan los óvulos al precio real, las clínicas hacen un negocio increíble. Te ofrecen una cantidad en agradecimiento, pero no compensa a nivel físico ni anímico. Todo lo que afecta a las hormonas afecta emocionalmente, hay un baile emocional de tristeza, estado depresivo y cuadros de ansiedad. Hay un malestar parecido al síndrome premenstrual, te enfadas más, estás más eufórica. Es este disparo hormonal lo que te hará producir más óvulos. Puedes tener algún trastorno emocional previo y esto se suma. Luego está la extracción de los óvulos, que es muy dolorosa y con anestesia, que conlleva un riesgo. Firmas un contrato para que, en caso de complicación, ellos puedan asegurar que pasaste por este proceso «altruista» voluntariamente y así se ahorran posibles reclamaciones. A las donantes se les hacen controles psicológicos obligatorios, pero para asegurarse que no sufren ningún trastorno y que su genética es buena. Lo hacen para curarse en salud como clínica, no pensando en la donante.

Si la transferencia embrionaria es un éxito y la criatura concebida por ovodonación nace viva y sana, el siguiente paso, al cabo de un tiempo, es la comunicación de sus orígenes genéticos, decirle de dónde viene. Algunas familias no dicen la verdad a los hijos porque no han asimilado lo suficiente las implicaciones de su maternidad gestante pero no biológica. La mujer que tiene muy claro por qué lo ha hecho y que ha asumido las contradicciones de su maternidad no genética es capaz de explicárselo a la criatura y transmitirle tranquilidad. Las madres atendidas en centros de salud reproductiva como el de Maribel Fernández, en cambio, suelen vivirlo mal, y esto repercutirá cuando deban explicarlo. Se hace con silencios, entre lágrimas y con miedo de que la criatura tan buscada deje de amarla. Las pacientes de Fernández que ya han sido madres no llegan al extremo de sentir rechazo, pero algunas pasan por estados depresivos por falta de identificación con la criatura y porque temen que el padre la considere más hija de él que de ella:

La pregunta sobre si se es o no una madre auténtica también tiene que ver con una serie de valores sobre la sangre y la genética, el ser hijo de mi sangre. Aún continuamos con estos condicionantes sociales sobre lo que es la familia, esto todavía cuesta mucho. Se sienten incómodas por haber sido madres con el óvulo de otra mujer. Son receptoras, la madre genética es la que ha puesto el

óvulo. De fondo está el mantra «yo no sirvo para ser madre». El duelo genético se hace en el proceso, pero reaparece en momentos concretos del embarazo, del posparto y de la misma crianza. Llega con las preguntas de la familia sobre las semejanzas —o no— de la criatura. Todas las proyecciones subjetivas que hacemos y cómo la sociedad interviene cuando somos madres —todo el mundo habla, incluso cuando vas por la calle— genera una inquietud importante en la mujer, y también la genera el hecho de que la maternidad con óvulos donados sea un secreto o el reto de cómo contárselo al resto de la familia: «¿qué pensará mi suegra?». Cuesta mucho porque son creencias muy arraigadas en las mujeres.

Fernández especifica que las lesbianas que se inseminan con el óvulo de su pareja femenina tienen muchos menos conflictos a la hora de vincularse con la criatura, que se parece a su mujer y se ha gestado en su interior. Cuando el óvulo donado no es de la pareja sino de una donante joven anónima se activan todas las dudas y las contradicciones. Pere Barri, comenta:

> *Cada vez más la recomendación es decirlo. A la edad que los padres crean conveniente y de la manera que lo crean conveniente, decirlo muy suave, pero decirlo. Yo defiendo totalmente el anonimato de gametos y embriones, pero también defiendo que se explique que para concebir la criatura, se tuvo que recurrir a una donación de semen, un donante compatible con nosotros, que tenía 26 años, metro ochenta, grupo sanguíneo A + … Es bueno que los hijos sepan el origen de su concepción; no la persona, pero sí el origen. Es como ser adoptado. Si hay una etnia diferente, el niño negro ya sabe que han ido a buscarlo. Pero el niño caucásico, si los padres no se lo dicen, no lo sabe. Los psicólogos infantiles recomiendan que se diga progresivamente y cuando el niño sea capaz de entenderlo. Como receptora puedes saber muchas cosas del donante anónimo, pero no es como en EEUU, que te dan la foto y te dicen donde vive, su nombre, y te organizan, si quieres, una entrevista.*

Maribel Fernández es partidaria de romper con el anonimato de las donaciones de óvulos, aunque hacerlo plantee nuevos retos emocionales a las familias y retos económicos a las clínicas. La doctora Júlia Cura coincide en la necesidad de decir la verdad a los hijos, una cuestión en la que buena parte de los trabajadores del

sector parecen estar de acuerdo:

> *Según la ley, cada uno puede elegir lo que cuenta u omite a sus hijos nacidos por la vía artificial. A nivel personal sí se recomienda. Si tengo hijos por ovodonación o donación de esperma yo se lo diré, de la misma manera que creo que hay que ser sinceros con los hijos adoptados. Están apareciendo casos de gente que sentía que le faltaba algo y que a los 20 años se enteraron de que provenían de óvulos donados. Se debe tratar con naturalidad, y cada vez más, porque alguien de mi edad raramente ha nacido por la vía de la reproducción asistida, pero el día que yo sea madre es posible que muchas personas hayan nacido por esta vía. Como cada vez nos encontraremos más, habría que naturalizar esta explicación.*

La pregunta es si cultural y simbólicamente la sociedad está preparada para aceptar que, para bien y para mal, la gestación y la maternidad ya no son lo que eran.

Gala lo vive así:

> *No les contaré que nacieron con óvulos donados. ¡Las he parido yo! Pero la verdad es que alguna amiga me ha recomendado decírselo. Me sorprendió mucho; esta amiga me advirtió que si alguien que conoce la historia quiere hacer daño a Carlota o a Laura podría utilizar esta información en su contra, contándoselo.*

Samanta Villar, en cambio, opina lo contrario:

> *A los hijos se les debe contar todo. Al igual que les cuento que estuvieron en mi barriga les cuento que salieron por ovodonación. Tengo un cuento con una conejita que no tenía semillas y otra conejita le prestó las suyas. Empiezo a contarles que nos prestaron las semillas; lo que no saben es que al resto de las madres esto no les pasa. Un día lo sabrán. ¿Por qué no contarlo? A ellos les gusta conocer sus orígenes.*

Los bebés no lo resuelven todo

Los buscadores de Internet están llenos de mujeres que se preguntan si ser madre por donación de óvulos sale a cuenta, si es éticamente

correcto, si la criatura llevará sus genes. Las preguntas más frecuentes del buscador posicionan unas páginas u otras, y están diseñadas para ofrecer consuelo a las candidatas a madre que se encuentran en crisis por su duelo genético. Un vistazo a Internet permite intuir las angustias que las psicólogas clínicas describen cuando se refieren a su trabajo con pacientes sometidas a técnicas de reproducción asistida. La mayoría de las mujeres que necesitan asistencia son aquellas a las que les resulta más complicado quedarse embarazadas, y suelen ser las mismas que deberán recurrir a la donación de óvulos para gestar.

Así lo explica la psicóloga clínica Maribel Fernández:

> *Hacemos un seguimiento desde el período en que desea quedarse embarazada hasta el nacimiento, desde dos variables: un cuestionario de depresión y tres preguntas de violencia dentro de la pareja. Se detecta violencia en la pareja, y hay mucha. De fondo está la idea de que los niños unen a las parejas. Es todo lo contrario. Salen todos los tópicos, y todavía se mantienen. Estoy a punto de jubilarme y creía que esto cambiaría a lo largo de los años, pero es como un bucle. En la maternidad pesan mucho estos valores.*

Con medio siglo de historia de la reproducción asistida todavía hay pocos estudios dirigidos a las consecuencias familiares. Según Núria Camps, los duelos genéticos y el estrés de los casi inevitables ciclos hormonales fallidos y las complicaciones añadidas no contribuyen a una crianza ideal de los hijos que nacerán, por más que las parejas que lo consiguen insistan en que el esfuerzo ha valido la pena. En 1992, Núria Camps y su equipo llevaron a cabo un estudio de seguimiento de familias con hijos nacidos de donación[22]. Dividieron los participantes entre los que pensaban comunicarles sus orígenes, quienes no sabían si lo harían y quienes habían decidido no decirles nada. A las parejas que vivían el programa reproductivo de manera empática y cooperativa les iba mejor y demostraban una mayor satisfacción con su posterior paternidad; otras parejas, en cambio, presentaban una dinámica de relación con conflictos en el establecimiento de su interdependencia y reconocimiento de la alteridad.

En algún caso, uno de los progenitores rompió el pacto de comunicación de los orígenes genéticos al hijo. No hay pruebas que

indiquen que las familias que lo son gracias a los tratamientos de reproducción asistida muestren un mayor grado de confusión y ambigüedad que las familias tradicionales, pero no todas las mujeres ni todas las parejas están psicológicamente preparadas para estos procesos. Incluso en el mejor de los casos, Camps apunta que las parejas heterosexuales que pasan por la clínica nunca superan completamente el estrés de enfrentarse a la infertilidad y que, por lo tanto, hay que abordar la maternidad desde una perspectiva integral, fisiológica y simbólica. El deseo de tener hijos no es cuestión de simple reproducción como sucede con el resto de las especies animales: la procreación también es simbólica, existencial y psicológica. El deseo de maternidad a cualquier precio puede responder no solo a las presiones del entorno social y del reloj biológico, sino también a la necesidad narcisista de reafirmarse o superar sentimientos controvertidos y traumáticos nunca resueltos.

La fertilidad humana no solo es una cuestión física sino una sarta de concepciones y preconcepciones psicológicas y simbólicas, especialmente en las sociedades occidentales en las que tener hijos ya no supone, a efectos prácticos, ninguna o casi ninguna ventaja material. A menudo la necesidad de tener hijos busca resolver una crisis vital, y los argumentos de Camps no solo se basan en la intuición sino en estudios realizados con padres y madres que lo son gracias a los tratamientos de fertilidad en general ya las donaciones de gametos en particular.

> *Un gran número de pacientes, sobre todo en las indicaciones de fecundación* in vitro*, presentan conflictos muy significativos en el vínculo materno, fantasías de autofecundación o intensas rivalidades con los padres, en especial de las mujeres con la madre […]. Las parejas que tienen la esperanza de que un hijo les calme sentimientos de soledad, ansiedades profundas y que dependen del rol de padres para alcanzar identidad muestran niveles de ansiedad y depresión muy intensos que parecen interferir la emergencia de un estado mental disponible para esperar que fluyan los acontecimientos buscados.*

Del estudio de Nuria Camps me llama especialmente la atención el caso de Eva, una mujer de 43 años que fue a la clínica con su pareja para inseminarse. Era portadora del VIH y, por lo tanto, además del hecho de que a su edad cualquier mujer lo tiene difícil

para concebir de manera natural, no podía quedarse embarazada sin transmitir el virus a su pareja y a su hijo si no era por la vía artificial. Eva tenía sueños en los que se fecundaba a sí misma, y la torturaba el recuerdo de los dos abortos que se provocó cuando era veinte años más joven. En su caso, tener descendencia era demostrar que podía hacer una vida normal como los demás, a pesar de haber abortado dos veces y haber contraído el VIH en el pasado. Camps subraya que la demanda de tener hijos por la vía artificial puede resultar en experiencias dolorosas también para la descendencia y sugiere que el objetivo de la reproducción asistida no debería ser el nacimiento a toda costa: habría que ver si este deseo no esconde sufrimientos arcaicos que ningún nacimiento podrá resolver.

La consulta psicológica en la clínica de la fertilidad muchas veces se inicia sin demanda aparente, sin más horizonte que el de tener un hijo en brazos, pero, a menudo, en las primeras entrevistas se topa con profundos sufrimientos psíquicos que quedan ocultos y completamente ignorados por la carrera de obstáculos que proponen las técnicas de reproducción asistida cuando se utilizan de manera indiscriminada. Las pacientes derivadas a psicología no son conscientes de su necesidad de tratamiento más allá del deseo frustrado de tener descendencia. En la mayoría de los casos están agotadas por las reiteradas rondas de ciclos y de intentos fallidos que, si no es por causa mayor, se suceden con el menor intervalo posible. Después de unas cuantas sesiones, sin embargo, entre las receptoras frustradas suele aflorar el rastro de una herida narcisista, una rivalidad con sus madres o el miedo que las abandone el marido. Tener descendencia propia es mucho más que un imperativo biológico: es también un imperativo simbólico y social anclado en la propia definición que tenemos de nosotros mismos, una cuestión que afecta sobre todo a las mujeres, pero no excluye en absoluto a los hombres, por más que la mayoría de parejas masculinas no recurran al diván de la psicóloga.

Samanta Villar, comenta:

> *El duelo genético fue una pena que tuve… Pero lo mitigué bastante con la opción de la ovodonación; si me pasa esto treinta años atrás me quedo sin hijos, ahora en cambio tengo la opción, ¡que suerte! En el libro* **[23]** *lo contaba, los hijos de mi pareja no*

serán hijos míos… Pero sí, son mis hijos. Y cuando los gemelos nacieron la gente decía «el hijo se parece mucho al padre», y con la niña nadie decía nada, se hacía el silencio, no se parece a nadie. Nadie comenta a quién se parece la niña, y en estos momentos… A veces, la gente que no sabía lo de la ovodonación me decía que alguno de los niños se me parecía y yo estaba tentada de decirles que era imposible que se me pareciera pero luego pensaba: ¡claro que sí! Los perros se parecen a sus dueños, no es necesario compartir carga genética para parecerse. No tenemos los mismos genes, pero nos parecemos, porque además se buscan donantes con características físicas similares a las mías y, por lo tanto, se me parece. No tiene tanta importancia. El duelo genético lo pasé, pero enseguida cambié el chip y pensé en la suerte que tenía de poder tener hijos a pesar de todo.

El hombre de la pareja

Tener hijos biológicos de manera artificial es posible y lo será cada vez más, pero para que esto sea así serán necesarios más donaciones de ovocitos, de esperma y de embriones. Aunque la donación de esperma es más sencilla que la de ovocitos y que la esterilidad masculina, como apunta Pere Barri, aumenta cada década que pasa, la mayoría de los tratamientos se hacen con óvulos donados, pero no con esperma de donante. Para los hombres, la cuestión de la transmisión genética sigue siendo más importante que para la mayoría de aspirantes a madre, mucho más dispuestas, después de un cierto «duelo genético», a transferirse un embrión fruto del semen de su pareja —o de un anónimo estudiante— y de un óvulo donado. Este dato no es ajeno a la antiquísima concepción social y cultural que siempre ha entendido la paternidad como una cuestión de virilidad y de propiedad sobre la descendencia. Con la ayuda de la
FIV-ICSI
que introduce el espermatozoide directamente en el interior del óvulo la mayoría de hombres se ahorran el duelo de criar unos hijos que no les son propios.

Ser madre por ovodonación implica romper con el imaginario tradicional sobre la maternidad y la genética. Explicar a los hijos es

tan complicado como explicar a un hombre que la criatura no proviene de su esperma. Fernández dice que los hombres que tienen problemas de esperma normalmente abandonan el tratamiento después de un par de sesiones, y lo atribuye a que tienen menos recursos emocionales que las mujeres para afrontar la propia esterilidad:

> *Para ellos es un batacazo porque se pone en duda su virilidad, y es algo todavía más oculto que en el caso de las madres, porque el patriarcado castiga aquellos hombres que no pueden ser padres biológicos. Parecen menos machos, les hace sentir que no pueden embarazar ninguna mujer.*

Poder donar esperma con una simple masturbación, en cambio, produce el efecto contrario: un disparo de adrenalina inseminadora exenta de las molestias y complicaciones asociadas a la intervención física de la donación de óvulos, que está compensada con más dinero pero con muchas más consecuencias negativas a corto y largo plazo.

Las enfermedades de la TRHA y la opción de evitarlas

Júlia Cura, comenta:

> *Con la reproducción asistida nos saltamos la selección natural: espermatozoides que in vivo no hubieran llegado a un óvulo que no se hubiera fecundado, con los tratamientos de reproducción dan lugar a un hijo. Me refiero sobre todo a los tratamientos que no implican gametos donados: una mujer con ovarios poliquísticos, o un hombre con esperma de baja calidad, por ejemplo, acaban teniendo descendencia y no deberían haberla tenido, desde el punto de vista fisiológico.*

Olga y Araceli no saben quién es el donante que ha hecho posible el nacimiento de su hijo, gestado por Araceli con óvulos propios. Saben que es alto, tiene los ojos verdes, es delgado, tiene cabello y es muy joven. No saben si vive en Barcelona, no lo han preguntado porque saben que la clínica no les dará información y

tampoco les interesa saberlo. Los donantes de la clínica donde acudieron no son mayores de 22 años, miden más de metro ochenta y no presentan indicios de calvicie: son requisitos de la clínica que ellas no han especificado. Para que pueda «perdurar la raza» —en palabras de un ginecólogo que las atendió— el donante de semen debe tener las características de la gestante. Los donantes de semen también pasan pruebas genéticas para ver si tienen antecedentes de enfermedades como Huntington o acondroplasia. Olga y Araceli no han podido elegir el color de ojos del donante de semen, que en intentos fallidos de embarazo era otro. Como con el color de la piel, se busca un donante que coincida físicamente con la gestante; el padre biológico del hijo que tendrán, por lo tanto, no tiene los ojos de color verde pardo, como los de Araceli. No saben si los donantes pasan un test intelectual y psicológico aunque la prueba psicológica es requisito imprescindible para todas las donantes.

Al margen de las implicaciones éticas que tiene la cuestión del presunto «mantenimiento de la raza» en la reproducción asistida y el hecho de seleccionar donantes masculinos altos y poco proclives a la calvicie o donantes femeninas de ojos claros, la preocupación principal es asegurar a la clientela la salud de los recién nacidos. Como todas las historias de la ciencia médica, la historia de la reproducción asistida está llena de pruebas y errores, desde criaturas transferidas al útero equivocado hasta criaturas que han desarrollado enfermedades genéticas heredadas de la donante. El examen genético al que se someten las donantes ha demostrado no ser efectivo en alguna ocasión. El Comité de Bioética de España recoge un caso de transmisión de la enfermedad de Huntington de una mujer que había donado siete veces en diferentes clínicas. La enfermedad en cuestión es hereditaria, incurable y degenerativa, y empieza a manifestarse cuando el individuo llega a la mediana edad. Siete adultos fruto de ovodonación notarán los primeros síntomas sin que las clínicas sufran ningún contratiempo por ello.

Tania, dice:

> *Insistieron mucho sobre si donar me suponía problemas, si luego quisiera saber quién había nacido fruto de mis óvulos. La médica que me entrevistó… Recuerdo que era muy antipática, insistió mucho en el tema. Le conté que mi padre no es mi padre biológico sino la pareja actual de mi madre. Le dije que entendía*

que los hijos te los ganas, a la médica no le interesaba, no me escuchaba. Indiferencia. Le dije que no sabía si mi padre tiene problemas, no sé nada de él. Me insistió mucho que tenía que saberlo. Me obligaba a saber algo que no podía saber… Finalmente me dijo que daba igual e iniciamos el tratamiento a pesar de mi desconocimiento sobre la salud actual de mi padre biológico, al que no veo desde hace veinte años.

En 2003, a la donante malagueña Elvira no le hicieron ninguna prueba genética; otras donantes entrevistadas no lo recuerdan, y si se las hicieron no las informaron apropiadamente de lo que significa un test genético y que les convendría conservarlo, porque aporta datos muy valiosos sobre las propias expectativas de salud. En el caso de Tania, el hecho de que no supiera nada de la salud de su padre biológico no impidió que donara óvulos en dos ocasiones, por más que hay enfermedades familiares que conviene conocer porque no se pueden detectar con el cariotipo genético. Esta falta de información no solo no fue ningún inconveniente para aceptarla como donante en dos ocasiones, sino que la clínica le ofreció donar óvulos una tercera vez.

Hoy las clínicas se guardan mucho de tener problemas con la salud de los recién nacidos, porque las pacientes quieren tener hijos sanos. La prueba genética o cariotipo de la donante de óvulos debe hacerse por ley, y disponer de esta información como también la del padre de la criatura antes de que se forme el embrión puede evitar enfermedades graves. Sin embargo, no hay garantías absolutas. A Marta, la amiga de Zaida que también quería donar, le detectaron que es portadora de discromatopsia —popularmente conocida como daltonismo— y de acondroplasia. Si su óvulo se une a un espermatozoide —el del hombre de la pareja receptora, por ejemplo — que también sea portador de alguna de estas enfermedades, las posibilidades de que el hijo la padezca son del 50 %. Quizás la descartaron por eso o tal vez solo porque los óvulos no crecían lo suficiente.

Zaida lo explica así:

Podías mentir a los médicos como hizo Marta, pero antes de extraerte los óvulos te hacen análisis de sangre y de cromosomas: no arriesgarán nunca a facilitar un embarazo complicado a una mujer que paga por su producto. Como buenos empresarios

ofrecen un buen servicio, y no te ofrecerán ningún hijo con Huntington. Por eso tengo un estudio de todos mis genes y me dijeron que no tengo ninguna predisposición a ninguna enfermedad: enfermedades cromosómicas o la corea de Huntington. Óvulos sanos para hacer hijos sanos.

Editar el genoma

Según los únicos dos informes del SEF que se refieren a la salud de los recién nacidos, los de los años 2013 y 2014, el porcentaje de nacimientos vía fecundación *in vitro* con malformaciones (con ovocitos propios o donados) era inferior al 2 %. De entre los nacidos con malformaciones entre el 2009 y el 2010 en Cataluña, la mayoría estaban vinculadas al cromosoma. En 2011, el FIVCat declaraba 121 malformaciones en niños nacidos por fecundación *in vitro* en Cataluña, y las enfermedades más numerosas son el síndrome de Down, las cardiopatías congénitas y las enfermedades relacionadas con el desarrollo del tubo neural de los embriones, consecuencia directa de la creación artificial de embriones y con repercusiones muy graves en la salud de los bebés. El mismo informe enfatizaba que si el número de nacidos con problemas era superior al de 2010 era por el mayor esfuerzo de transparencia de las clínicas y su contribución con datos ajustados a la realidad, no maquillados.

No es sorprendente que el síndrome de Down sea uno de los trastornos cromosómicos que más afecta a los hijos de las mujeres mayores que se someten a fecundación *in vitro* con óvulos propios: los ovocitos son muy sensibles al paso de los años y una de las manifestaciones es un desequilibrio en el número de cromosomas o en los mecanismos para la correcta segregación cromosómica. Según Enric Güell, a partir de los 38 años la tasa de aneuploidías —cuando sobran o faltan cromosomas— supera el 50 % de los embriones, y este porcentaje aumenta con los años.

La cuestión es ver qué cromosomas están implicados: si son cromosomas grandes, probablemente el embrión se bloquee o, en el peor de los casos, derivará en un embarazo seguido de un

aborto. Si los cromosomas son pequeños, el ser humano puede admitir hasta un 3 % de exceso de carga genética; esta carga excesiva no es incompatible con la vida, pero puede ir asociado con algún síndrome. Esto es lo que ocurre con la trisomía del cromosoma 21, conocida como síndrome de Down.

Como ya se ha dicho, ley obliga a las clínicas a hacer pruebas genéticas a las donantes, y el mínimo requerido es un estudio de cromosomas o cariotipo de la donante de óvulos, aunque no están obligadas a declarar esta información a ningún registro oficial porque no existe. Pere Barri asegura que en la clínica Dexeus, además del cariotipo, se hace un estudio de portadores de mutaciones con enfermedades genéticas hereditarias tanto a las donantes como a los maridos de las receptoras. El objetivo de estas pruebas es asegurarse de que donante y pareja masculina de la receptora no comparten ninguna mutación genética. En las enfermedades genéticas dominantes, si la madre es portadora de la mutación el hijo también será portador y, además, la sufrirá; las enfermedades genéticas recesivas, en cambio, solo se manifiestan a la descendencia si el padre y la madre son ambos portadores.

Con estas pruebas se evitan algunas enfermedades futuras, porque es imposible evitarlas todas. La fibrosis quística es una enfermedad genética recesiva —es decir, los dos progenitores deben ser portadores— bastante grave que con el paso del tiempo dificulta mucho la vida de quienes la padecen. Se comprueba que la donante esté exenta de ciertas mutaciones y si puede transmitir ciertas enfermedades a su descendencia: la clave no es tanto los genes en general sino estar seguros de que las enfermedades o mutaciones de la donante no se transmitan. Según Pere Barri, «en caso de que una mutación del genoma de la donante y del marido coincidiera, el riesgo del niño, ya no solo de ser portador sino de estar enfermo, sería de un 25 %». El estudio genético que se hace a las dos personas que aportan los gametos contempla las 250 enfermedades más comunes del sur de Europa —Francia, Italia y España—, es la herencia genética de los dos miembros de la pareja, o de la donante y de la pareja de la receptora en el caso de los embriones creados a partir de óvulos donados. El cariotipo y el estudio de los genes portadores de enfermedades es mucho más sofisticado que la reproducción natural, sujeta a cualquier combinación aleatoria de

genes portadores de enfermedades.

Gema, explica:

> *Preguntaron por mi altura, me pesaron y me midieron. Preguntaron por mi familia, por si había alguien que tuviera diabetes, hipertensión, obesidad mórbida y síndrome de Down […]. No me ofrecieron volver a donar, pero sí me dijeron que tengo un gen recesivo que, en caso de que mi pareja también lo tuviera, podría resultar en hijos con este mismo gen. Me dijeron que cuando quisiera quedarme embarazada fuera a la clínica para hacerle el estudio genético también a él.*

Una vez creado el embrión en el laboratorio, su genoma, en principio, no se estudia, exceptuando los casos en que el padre sufra una enfermedad o mutación ya conocida. Hacer un estudio genético en el embrión es muy caro y es un riesgo muy grande para el mismo embrión, porque tiene muy pocas células y para estudiar los genes hay que extraer alguna. Que no sea habitual no quiere decir que no se haga, y los avances del diagnóstico genético preimplantacional son la prueba. Pere Barri señala que, con mucho cuidado y reservas, pronto se podrá editar el genoma de los embriones: «Antes los pacientes nos pedían tener un hijo; ahora nos piden tener hijos sanos. Y no debemos caer en ayudar a tener un hijo perfecto: quiero tener una niña, piden…». El embriólogo Enric Güell insiste en que la idea de que en las clínicas se hacen «niños a la carta» es mentira, y que el único objetivo de profesionales como él mismo es detectar a tiempo las posibles malformaciones de los embriones.

> *Hay que advertir que cualquier enfermedad hereditaria puede aparecer de nuevo: la incidencia es baja, pero en biología no hay nunca el riesgo cero ni la seguridad al 100 %. La vida es dinámica y las mutaciones son espontáneas y accidentales. No todas las enfermedades se pueden sortear, aunque cada vez se ofrecen más paneles de detección de enfermedades hereditarias principalmente recesivas, porque las dominantes se verían en el fenotipo, a simple vista.*

Güell es partidario de concienciar a la población sobre la importancia de la genética y sus condicionamientos, y señala que las ventajas que ofrecen las técnicas de reproducción asistida, desde la elaboración del cariotipo o mapa genético de la pareja —o de la

donante y el hombre de la pareja— hasta el diagnóstico genético preimplantacional no deben desaprovecharse:

> *Se ha llegado al punto de ofrecer una información de la que en la reproducción espontánea no se dispone, como mínimo con respecto a las enfermedades recesivas. ¿Tendremos un chip incorporado y cuando una pareja se conozca en la discoteca se les encenderá una lucecita roja para indicar que coinciden en ser portadores de una enfermedad genética recesiva? Es muy de película, pero es lo que ocurre cuando los pacientes acceden a estos nuevos paneles de enfermedades recesivas que nos guían al hacer el* matching. *Se decide qué donante se les asigna con el objetivo de evitar coincidencia de portadores de una misma enfermedad genética hereditaria recesiva que pudiera afectar al 25 % de la descendencia. La técnica genética ha avanzado lo suficiente como para elegir el sexo, aunque legalmente no es posible.*

Más allá de la utilidad de conocer las afectaciones que puede sufrir una persona antes de nacer, la información contenida en el ADN de los gametos o del embrión es más de la que la mayoría de las personas pueden manejar. Todos llevamos un promedio de cuatro mutaciones, y los gametos pueden aportar otras también imprevistas, como puede ocurrir con los embriones. «No hay que dar una falsa sensación de seguridad. No la tenemos. Buscamos y nos acercamos tanto como podemos, pero no hay seguridad absoluta».

En febrero de 2002, la revista médica *The Lancet* **[24]** publicó un estudio sobre los nacidos por fecundación *in vitro* que apunta a un mayor riesgo de sufrir secuelas neurológicas. El estudio concluye que esto puede deberse a los embarazos múltiples y su consiguiente prematuridad, casi siempre asociada a que las criaturas pesan menos en el momento de nacer. A partir de un seguimiento a 11 360 niños, los autores concluyen que los nacidos por fecundación *in vitro* tienen tres veces más posibilidades de sufrir parálisis cerebrales que el resto, y que, para evitarlo, lo mejor es implantar un solo embrión, premisa hoy compartida por la gran mayoría de profesionales.

En la línea de la salud de los recién nacidos también hay fuentes que apuntan hacia los hipotéticos riesgos de los embriones

congelados o creados a partir de gametos descongelados. El embriólogo Enric Güell desmiente estas sospechas:

> *Todos los estudios publicados —y no son pocos porque es una cuestión de máximo interés para nosotros— es que no presenta más riesgos que no haber sido congelado. El único riesgo que existe es si se congeló antes del desarrollo de la técnica de vitrificación, porque la supervivencia es peor que si se vitrifican.*

Güell se refiere a los dos métodos de congelación de embriones, la vitrificación y lo que se conoce como congelación lenta [25]. Con la vitrificación se elimina la posibilidad de que se formen cristales de hielo en los embriones, no requiere material muy caro y es más rápido que la congelación lenta, un procedimiento mediante el cual la creación de cristales es inevitable y es cara de evitar. Según resultados de un estudio realizado en 2009 con 305 embriones conservados, la ratio de supervivencia de los vitrificados fue del 96,9 %, más de diez puntos por encima de la de los embriones conservados mediante congelación lenta.

Uno de los efectos colaterales de la donación de óvulos es el auge de la crioconservación de gametos y de embriones y la posibilidad de almacenarlos y transportarlos a otra clínica nacional o internacional. Todo transporte conlleva riesgos, a pesar de las precauciones y la bajísima temperatura del nitrógeno líquido: sacarlos del banco de embriones, introducirlos en la bombona de transporte y volverlos a sacar para guardarlos en el banco de la clínica receptora puede causar estrés al embrión y que pierda calidad o dañarlo. En la actualidad, España conserva decenas de miles de embriones congelados, y a escala mundial son millones. La mitad de las mujeres que se someten a fecundación *in vitro* congelan embriones, porque en la mayoría de los casos la estimulación ovárica —ya sea en la donante o en la mujer que quiere ser madre con óvulos propios— hace posible la creación de más de tres embriones viables. Aún más con las donaciones de óvulos, porque los ovocitos extraídos son jóvenes y mejores candidatos para generar embriones viables que vale la pena conservar, para la misma mujer receptora o para otras posibles receptoras. La reproducción asistida, por lo tanto, genera un «excedente» de embriones a la espera de que se les transfiera. En

muy pocos casos algunos de estos embriones se podrán destinar a la ciencia: para que esto sea posible es necesario que este excedente de embriones «abandonados» sea muy grande, y hasta la fecha la Dexeus es la única clínica española lo suficientemente grande para desarrollar líneas de investigación embrionaria. Hasta que aparecieron las investigaciones con células madre embrionarias pocos países permitían el uso de los embriones sobrantes de la reproducción asistida.

Al margen de la investigación, la crioconservación hace posible que un bebé nazca muchos años más tarde de su concepción como embrión, y también permite que una mujer joven congele sus óvulos sanos para transferirlos fecundados después: con óvulos jóvenes, en fresco o descongelados, la posible edad de maternidad se prolonga casi hasta la vejez, a pesar del alto riesgo de aborto. Así lo cuenta Pere Barri: «Hasta la edad biológica para ser madre, los cincuenta años, más o menos. No hay límite. Por otro lado, tenemos el caso de un niño nacido trece años más tarde de haber sido congelado el embrión. No hay ninguna diferencia». Fuera de la Dexeus, la prensa se ha hecho eco de embriones transferidos hasta veinte años más tarde de su creación *in vitro*, y hay parejas católicas que ven en la transferencia de embriones una manera de salvar vidas. Solo en EEUU, en 2016 **[26]** había una reserva de más de medio millón de embriones a la espera de que los progenitores decidieran transferirlos, destruirlos o donarlos. La legislación de EEUU, además, permite conocer la familia que adopta y se implanta los embriones.

La DGP y la transferencia pronuclear

El diagnóstico genético preimplantacional consiste en detectar y descalificar aquellos embriones que presenten enfermedades genéticas que no hayan aparecido en los cariotipos del óvulo y el espermatozoide originarios. Es un filtro y una intervención más entre los gametos y la formación de la criatura: primero se analiza el genoma del óvulo y del espermatozoide, después se selecciona. El precio sube y hay riesgos que la intervención afecte de manera

irreversible al embrión, pero el potencial de controlar la genética es tan tentador y significativo como la investigación con células madre. En el año 2000, la mujer de una pareja estadounidense que tenía una hija con anemia de Falconi y necesitaba un trasplante urgente de médula ósea se sometió a la extracción de ovocitos y a una posterior fecundación *in vitro* para de crear un embrión que fuera compatible con su hija Molly. Se logró fecundar quince embriones, y con el diagnóstico genético preimplantacional se pudo ver cuáles eran compatibles con la niña enferma: los cinco embriones compatibles se transfirieron a la madre, y el resto de los embriones sanos pero no compatibles con Molly se congelaron [27].

En España la ley permite utilizar los resultados de a DGP para evitar el nacimiento de personas con enfermedades genéticas incurables. De hecho, la ley española que regula las técnicas de reproducción asistida establece que en caso de que el diagnóstico detecte enfermedades hereditarias se aconseje a los padres no transferir los embriones obtenidos, una recomendación que, por su asociación fácil con la eugenesia, no convence todos los académicos. A diferencia de lo que sucede en España —que cuenta con una legislación bastante laxa con las técnicas de reproducción asistida—, en Alemania el diagnóstico genético preimplantacional está prohibido, como también lo está generar más embriones de los que se transferirán al cuerpo de la receptora. La prohibición evita retos posteriores, no solo para casos de fuerza mayor como el de la pequeña Molly, sino por aquellos en los que los padres quieran seleccionar el sexo biológico y otras características físicas de su descendencia. La manipulación de la genética o del sexo de la criatura que nacerá solo se permite con fines terapéuticos, como, por ejemplo, los casos en los que una enfermedad hereditaria se transmite solo a niños —síndrome de Hunter, hemofilia— o solo a niñas —síndrome de Turner.

En algunos casos, este diagnóstico no es prevención suficiente para evitar el nacimiento de bebés condenados a morir poco tiempo después de llegar al mundo, y nuevas técnicas empiezan a hacer posible la concepción de una criatura más allá del espermatozoide y el óvulo. En 2016 nació el primer bebé a partir de tres personas. Sus padres jordanos hacía veinte años que querían tener un hijo sano; la mujer es portadora del síndrome de Leigh, que no le afecta a ella,

pero mató a sus dos primeros hijos cuando todavía eran pequeños. Los genes del síndrome de Leigh están en el ADN de las mitocondrias. La técnica, conocida como transferencia pronuclear, permite que mujeres con enfermedades similares puedan tener hijos sin transmitírselas y consiste en combinar el núcleo del óvulo de la mujer de la pareja con el citoplasma de la donante. El citoplasma contiene las mitocondrias, que solo se transmiten de madre a hijo y que, si presentan alteraciones, acaban casi siempre con la muerte del bebé. Una vez combinados núcleo y citoplasma, la carga genética es la del padre y la del aspirante a madre, y solo las mitocondrias sanas —en el caso de la pareja jordana— pasarán a formar parte del embrión.

El doctor John Zhang tuvo que llevar a cabo el procedimiento en México porque en ese país no hay legislación que impida este tipo de medicina experimental. Además, pudo hacer la transferencia pronuclear sin tener que causar la muerte a ningún embrión creado para la ocasión, a lo que los padres se oponían por motivos religiosos[28]. El material del núcleo del óvulo es lo que define como somos, por lo que en este caso el bebé comparte los genes del padre y la madre a excepción de las mitocondrias, que es donde se encuentran los genes causantes del síndrome de Leigh y que se transmiten siempre por vía materna. La técnica de los embriones creados a partir de tres gametos, aunque de momento es experimental, ha topado con la oposición religiosa. La relación que las religiones mantienen con la reproducción asistida suele ser ambivalente, y va desde el miedo a manipular la vida a la aceptación en favor de alimentarla y preservarla, como aquellos cristianos italianos que se transferían embriones descongelados a la espera de que, si Dios lo quería, se implantaran correctamente en el útero.

A pesar de las aportaciones de la genética aplicada a los tratamientos de reproducción, los académicos aún estudian las consecuencias de las fecundaciones *in vitro* y las
FIV-ICSI
con óvulos donados o propios en las personas nacidas, porque el recorrido histórico de la técnica es demasiado corto como para tener certezas. Al margen del posible mayor riesgo de cardiopatías y de síndrome de Down, que podrían ser atribuibles a la pareja poco

fértil y la
FIV-ICSI,
un estudio publicado en 2014 por la Universidad de Alicante [29] apunta que las técnicas de reproducción asistida podrían tener repercusiones epigenéticas en las personas nacidas. Las modificaciones en la expresión de genes que no se encuentran en la secuencia del ADN podrían exponer a las personas concebidas mediante reproducción asistida a un mayor riesgo de sufrir enfermedades tumorales e inflamatorias de localización broncopulmonar, como el asma. Como dice Enric Güell, la garantía de hacer nacer personas sanas no existe.

La propiedad de los embriones de laboratorio

Los foros están llenos de mujeres y parejas preocupadas por sus embriones congelados, ya sea porque no pueden seguir pagando el mantenimiento de la crioconservación o porque cuando quisieron destruirlos se encontraron con que les seguían cobrando el mantenimiento de los embriones, que también pueden donarse a otras mujeres que quieran gestar o, en algunos pocos casos, destinarlos a la investigación con células madre. La decisión sobre qué hacer con los embriones es de la pareja o la paciente, pero a veces termina recayendo en la clínica porque los progenitores no quieren destruir aquellos embriones que serían hermanos de sus hijos. El embriólogo Enric Güell dice que destruir embriones exige mucho papeleo previo, lo que dificulta todavía más que sus propietarios tomen la decisión. Las clínicas siempre disponen de reservas de embriones congelados, y si sus propietarios están de acuerdo se pueden donar y transferir a cualquier paciente de la clínica que quiera ser madre y lo solicite. Olga y Araceli recuerdan que, en una ocasión, después de los dos intentos fallidos de embarazo de Araceli, la clínica les ofreció transferirle un embrión que unos clientes —una pareja anónima— habían donado a la clínica tras su tratamiento: «Cuando nos dieron la opción de hacer *in vitro* con óvulos donados nos dijeron que les avisáramos y lo

descongelarían el mismo día; era un embrión congelado, y en estos casos no puedes elegir nada, te ponen los embriones que tengan».

La posibilidad de mantener embriones disponibles plantea la cuestión de su propiedad. Crearlos, transferirlos, congelarlos, descongelarlos e incluso destruirlos tiene un coste. Gala y su marido, padres por ovodonación, pagaron 1500 euros para descongelar el embrión que se convirtió en su segunda hija. La congelación de embriones cuesta entre 350 y 600 euros según qué clínica, y, como ocurre con los óvulos, hay que pagar el mantenimiento año tras año, que cuesta entre 400 y 600 euros. Descongelarlos cuesta entre 700 y 2000 euros, a lo que hay que añadir el coste de la medicación para preparar el útero, entre 200 y 300 euros más. Por lo tanto, la transferencia de menos embriones en cada tratamiento responde a una mayor preocupación por la salud de las mujeres y los recién nacidos, pero también implica un aumento de ingresos para las clínicas, que cada dos años preguntan a la propietaria o propietarios qué quieren hacer. Cada transferencia embrionaria es un ciclo y una intervención que hay que pagar y, aunque la preservación de embriones en nitrógeno líquido a baja temperatura supone un coste para las clínicas, estas no dejan de cobrar por su mantenimiento hasta que la mujer llega a los 50 años. La alternativa a dejar de pagar y transferirlos al cuerpo de la mujer es destruirlos o darlos en adopción. Si se dan en adopción óvulos congelados, el precio de descongelarlos irá a cargo de la mujer que se los quiera transferir.

Gala, recuerda:

> *Optamos por la reproducción asistida en la clínica Quirón a través de la mutua DKV Muface, la de los funcionarios. La mutua me cubría cuatro inseminaciones que usé y dos fecundaciones* in vitro. *En las* in vitro *te recomiendan ponerte dos embriones en vez de uno, porque con uno solo hay menos posibilidades de que la cosa funcione. Nos lo explicaron bien, dijeron que quizás quedábamos embarazados de gemelos o de ninguno. Esta vez funcionó, pero tuve pérdidas y uno de los dos embriones murió. El embrión superviviente era Carlota, la mayor. Cuando fui madre tenía 40 años y había pasado los últimos cinco en inseminaciones y listas de espera, porque en las mutuas también hay listas de espera. La infertilidad afecta a mucha gente hoy en día, no solo a mujeres, también a hombres. Cuando la mayor ya tenía tres años*

no quise que se quedara sola. No tiene primos. Jaume no lo tenía claro. Además, después de nacer Carlota se me había parado la regla. Debía pincharme para «engañar al cuerpo», para simular que estaba a mitad de ciclo y preparar el nido. Volví a la Quirón porque disponía de la segunda in vitro *que me cubría la mutua, pero la clínica había roto el convenio. Al margen de que DKV y la clínica Quirón hubieran reñido, Jaume y yo teníamos dos embriones congelados que nos habían sobrado de la primera fecundación, pero el almacenamiento tiene un coste que no te cubre la mutua. Tuvimos que pagar 1500 euros para sacar los embriones del congelador y que me implantaran uno de ellos.*

Tal y como contó en su día Montse Boada, directora del laboratorio de la Dexeus, a *La Vanguardia*[30], la mayoría de las parejas dudan sobre el destino de sus embriones, y pocas los ceden para la reproducción de otras mujeres o parejas, porque hay la conciencia de que son «sus hijos», los hermanos en potencia de la criatura que ya han conseguido. La indecisión sobre el destino de estos no-nacidos se paga al margen del tratamiento, y como cuenta Gala ni siquiera la mutua le cubría la crioconservación. Las transferencias de menos embriones, que como se ha visto ya no implican menos posibilidades de embarazo y son beneficiosas para la salud, tienen esta otra cara: un coste económico y mental añadido para quienes aspiran a ser padres.

El hecho de que las parejas no quieran ofrecer sus embriones con todo su acervo genético demuestra el valor que todavía otorgamos al ADN y a la idea que nuestra descendencia comparte nuestros genes o, al menos, los genes del padre en el caso de los embriones creados con óvulos donados, como es el caso de los embriones de Gala. Más allá de la donación de embriones y las reticencias de los progenitores-propietarios, destruir los embriones no es fácil ni moral ni jurídicamente; destinarlos a la investigación es posible, pero tiene escasa salida en España. La legislación española de 1988 prohibía la investigación con embriones viables, incluso en el caso de los embriones congelados, aunque muy escasos y con muchas menos posibilidades de supervivencia. La ley de 2007, en cambio, ya permite investigar con los embriones y con su potencial terapéutico.

3. El coste económico

La pareja protagonista de la película *Private Life* [31] ofrece 10 000 dólares a su sobrina a cambio de un óvulo donado, que es el precio estándar en EEUU, diez veces superior al precio que tienen los ovocitos en España. En la película, la noticia desencadena un alboroto familiar, porque lo que de entrada se ve como la estancia de una sobrina en casa de los tíos sin hijos abre la cuestión sobre qué es la familia y si es lícito usar el cuerpo de seres amados en beneficio propio.

La chica de *Private Life* ha terminado la universidad y no tiene claro si quiere cursar una carrera artística. Se siente perdida y tiene la oportunidad de ayudar a sus tíos, artistas de mediana edad, sin hijos, con una reserva ovárica en las últimas y una manifiesta esterilidad masculina. La situación de la sobrina no es muy diferente a la de muchas donantes españolas, la mayoría de las cuales no necesita donar óvulos para comer pero lo utiliza como un recurso para salir de un apuro en algún momento de su vida. En EEUU hay más de quinientas empresas que ofrecen dinero a, como dicen, «chicas jóvenes, sanas e inteligentes», y la elección funciona como un catálogo, con fotografías e información detallada de cada una de las donantes. Los gametos se compran y se venden sin rodeos, pero el anonimato no existe. Pasa lo mismo con las gestaciones subrogadas y las adopciones de embriones: si lo desean, los clientes tienen ocasión de visitar la familia que ha adoptado el embrión y viceversa.

La antropóloga Diana Marre, dice:

> *Una compañera de trabajo en la universidad quería ser madre y lo hizo mediante reproducción asistida. Pagó 18 000 euros y nacieron gemelos; sobró un embrión. De los doce óvulos que había generado su donante, mi amiga utilizó solo dos. Sobraron diez que*

quedaron en manos de la clínica y que serán comprados a un precio muy elevado por los receptores. Los precios de los tratamientos de reproducción asistida varían en función de cada país. En los EEUU, una fecundación in vitro *con ovodonación cuesta 19 000 euros. Hay ucranianas que viajan a Estados Unidos para donar óvulos y con el dinero que obtienen viven todo el año en su país. También son rubias de ojos claros, y esto va muy buscado. En países como Alemania o Suiza las leyes de prohibición del incesto han sido derogadas, porque con la reproducción asistida no puedes saber si te has casado con tu hermano.*

Técnicas y costes

Para las fecundaciones *in vitro* la sanidad pública tiene listas de espera de entre 18 y 24 meses en función de la comunidad autónoma. Muchas mujeres van a la clínica en el último tramo de la treintena, cuando la biología ya no les permite esperar más. Las largas listas de espera y el aplazamiento de la concepción empujan la demanda hacia los centros privados en más del 80 % de los casos desde 2012. Si nos fijamos en la ovodonación, la dependencia del sector privado es aún mayor, porque no existe ningún banco público de gametos al que puedan recurrir las mujeres estériles con menos recursos. En España, las donantes de óvulos suelen recibir unos 1000 euros; las receptoras, en general y en números redondos, pagan unos 8000 euros por cada ciclo de fecundación *in vitro*, y no es nada raro tener que repetir el proceso. Sin embargo, hay clínicas de bajo coste a las que acuden las mujeres con menos recursos. Una amiga de Olga y Araceli pagó solo 700 euros por una transferencia *in vitro*: «Ella tenía embriones congelados de una clínica barata que había cerrado, porque las clínicas baratas cierran. Mi amiga no sabía dónde tenían los embriones, y su hermana tampoco, tenía los embriones congelados en esa clínica».

Elvira, explica:

Supe que te pagaban por donar óvulos a través de la familia de mi pareja; mi pareja se lo tomó bien, no le importaba. A él nunca se le había ocurrido que una mujer pudiera donar óvulos.

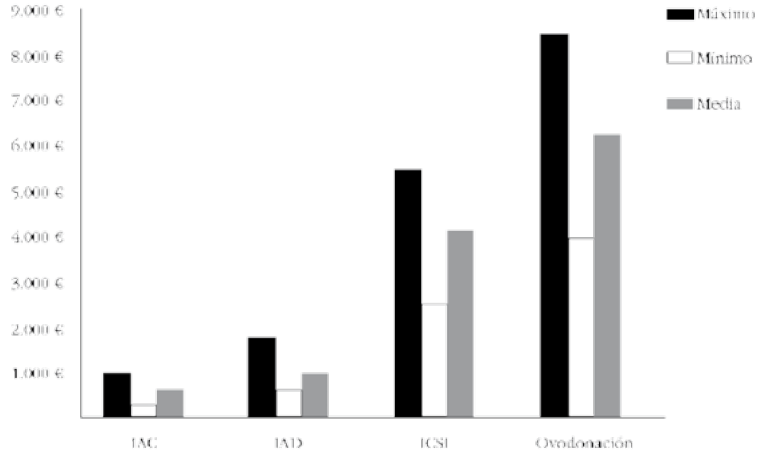
Durante la hormonación no tuvimos relaciones sexuales; supongo que nos avisaron. El cheque me lo dieron cuando terminó todo, sin IRPF ni IVA, 1000 euros. Hubiera podido pedir dinero a mis padres y me lo hubieran dado, pero quería ser independiente. Más tarde se lo conté y no se sorprendieron, ya saben cómo soy.

Los precios de la reproducción asistida varían en función de las clínicas y de su prestigio, pero hay unos estándares referentes de lo que puede costar. Hay clínicas que anuncian fecundaciones *in vitro* convencionales por menos de 3000 euros y con ovodonación por solo 3600 euros, como IVI, sin incluir las tandas de medicación. El gráfico número 4 muestra datos de 2011, pero ya entonces el precio de la fecundación *in vitro* con ovodonación era el más alto para la hormonación simultánea con la donante y las correspondientes medicaciones. En la práctica, pagas por el esperma y pagas por los óvulos, 300 euros cada tanda sin contar las medicaciones necesarias para la preparación del útero y la transferencia.

En cuanto a los precios y los gastos, Olga y Araceli, dicen:

El precio de la mayoría de las clínicas está entre 7000 y 10 000 euros por intento. La medicación te la tienes que pagar por tu cuenta, y es muy cara. La in vitro *eran 5200 —cuando lo empezamos a probar eran 4900—, pero la medicación va aparte y varía en función de cada mujer: depende de la reserva ovárica que tenga, de cómo reaccione su cuerpo. Cuanta menos reserva ovárica, más dosis de medicación, y cuanta más dosis necesites, más dinero costará. El tiempo de medicación dura entre siete y diez días, y el coste aproximado es de 1000 a 1200 euros. La medicación consiste en una caja de Menopur. Cada caja cuesta 354 euros y dura entre tres y cuatro días. Este precio se multiplica por las veces que necesitas tomártela para que crezcan los folículos. Para la punción los óvulos deben tener un tamaño determinado, deben estar maduros. Cuando son lo suficientemente grandes te hacen la punción, pero para llegar a ese tamaño te puedes pasar días de espera y varias tandas de medicación.*

Gráfico 4. Coste de los tratamientos en función de la técnica aplicada.



Fuente: elaboración propia a partir de datos ADECES 2011.

La diferencia de precios entre los ciclos de inseminación artificial y la
FIV-ICSI
es muy grande: cuesta casi cinco veces más un ciclo de
FIV-ICSI
que un ciclo de inseminación artificial. Esto es así porque la probabilidad de embarazo por inseminación artificial es muy baja, menos del 20 %, por lo que recurren a la *in vitro*. Olga y Araceli lo cuentan así: «Tenemos amigas, tanto solteras como heterosexuales, que lo han intentado por inseminación artificial y que ni con cinco intentos han conseguido un embarazo; entonces han optado por la *in vitro*».

Si vamos al ciclo de
FIV-ICSI
con ovodonación nos plantamos en 6000 euros. El precio varía porque la donación requiere pagar los óvulos de la donante, aunque el pago no sea por los óvulos sino por el coste de la medicación que debe suministrarse a la receptora y la donante, que no paga por las inyecciones de hormonas, por las pastillas anticonceptivas ni por la medicina inductora de la ovulación que debe haber tomado antes de la extracción. La mujer o la pareja receptora pagan por un tercio de los óvulos extraídos e inseminados.

Zaida recuerda:

> *Hay clínicas más caras que otras. En la Dexeus, por ejemplo, son unos 10 000 por intento. En lugar de un óvulo, ese mes saqué trece. Me pagaron unos 1000 o 1100 euros por trece óvulos y las receptoras pagan unos 10 000 euros por un ciclo de fecundación* in vitro *con tres óvulos inseminados. De mis 13 óvulos hicieron tres tandas o intentos, los cuales costaron 10 000 euros cada uno. Aquella mañana éramos once donantes al mismo tiempo, y cada mañana hay citas. Lo tenían todo estudiado, iban muy a saco.*

Olga y Araceli añaden:

> *La fecundación* in vitro *con ovodonación cuesta 300 euros más, como el esperma. Pagas 300 euros más porque pagas el óvulo. En nuestra clínica el óvulo costaba 310 euros, un dinero que no está incluido en los más de 4000 que cuesta la intervención (el esperma sí está incluido). Todo va sumando: la medicación, el esperma, los óvulos si los necesitas.*

Congelar el tiempo

Una de las alternativas a la maternidad asistida por ovodonación es la congelación de los propios óvulos: ser tu propia donante. El ginecólogo Pere Barri insiste en que es una idea que hay que valorar, y los directivos de Facebook y Apple, como hemos visto al principio, también. Riesgos de aborto aparte, un cuerpo de mediana edad puede pasar por un embarazo controlado con relativa facilidad, pero unos ovarios de 40 años tienen muchos números de contener demasiados óvulos defectuosos. La idea es extraerse óvulos cuando todavía no tienen muchas taras cromosómicas y guardarlos congelados en la clínica para transferirlos convertidos en embrión años después, cuando la mujer está en la cuarentena y ya ha alcanzado los pretendidos éxitos profesionales y la estabilidad económica y emocional.

La vitrificación de óvulos está al alza. En 2008 solo un 2 % de mujeres congelaban sus óvulos, y del 2009 al 2017 la cifra aumentó un 142 %. La técnica nació como una manera de preservar la

fertilidad de las mujeres enfermas de cáncer que debían someterse a quimioterapia, porque el tratamiento puede afectar a los ovarios. Lara Bonilla, periodista que ha trabajado la cuestión de la reproducción asistida y la infertilidad social, escribía en un reportaje en el diario *Ara*[32] que la mayoría de las mujeres vitrifican sus óvulos entre los 35 y los 40 años, y algunas incluso pasada la cuarentena, a la misma edad que otros optan por la fecundación *in vitro*. Hay poca conciencia de que más allá de los 35 años decae la fertilidad de las mujeres; quizás sí haya conciencia, pero se arrincona porque a mitad de la treintena muchas mujeres no gozan de ningún tipo de estabilidad.

No todos los óvulos congelados sobreviven a este proceso, y si se extraen pocos óvulos cuando la mujer ya es mayor, es fácil que tengan defectos cromosómicos que dificulten la gestación. Por prudencia se extraerán diez, como se hace con el resto de las donantes. Como sucede con otros tratamientos, la publicidad de las clínicas peca de optimista y minimiza los riesgos de la intervención, que son los mismos a los que se expone cualquier donante y todas las mujeres que se someten a la
FIV-ICSI.
Los profesionales del sector alertan muy a menudo de los problemas de alargar la maternidad. Si la demanda es perversa es porque, en línea con la reproducción asistida, nace de un problema que es sobre todo social y económico. En otras palabras, es una consecuencia del capitalismo que afecta a las mujeres y sus cuerpos, eterna tierra de conquista. Cuanto más baja es la clase social de la mujer, más graves son los problemas.

Llegados a este punto cabe preguntarse si el Estado debe priorizar la maternidad natural, la preservación artificial de la fertilidad o una combinación de ambas. El debate, en cualquier caso, debe abrirse.

La hermana fea de la donación de óvulos

Strongertogether[33] es una empresa ucraniana de gestación subrogada. Se encarga de los trámites legales con los países de

origen de los clientes, y emplean la misma retórica de las clínicas de reproducción asistida: hablan del «niño milagro» y «de una nueva vida juntos». El mismo nombre de la clínica ya sugiere la cooperación, la fuerza: un estilo de comunicación que la izquierda política popularizó y que hace décadas que forma parte de las campañas publicitarias más diversas. Las empresas venden sus servicios en estos términos (traducción propia del original en inglés):

> *Una de las principales preocupaciones de las parejas que recurren a la gestación subrogada son las cuestiones legales que afectan a los derechos de los padres y a la nacionalidad de su hijo. […], en Ucrania, las portadoras gestacionales* [las madres de alquiler*, gestational carriers* en el original en inglés] *no figuran en el certificado de nacimiento. Sin embargo, el documento es ucraniano y, por lo tanto, se requiere documentación adicional para que el niño pueda irse a su casa. La clínica Intersono IVF proporciona los servicios legales, la traducción y el apoyo necesarios. Sus equipos preparan toda la documentación para que el bebé pueda viajar y se naturalice, como nuevo ciudadano, en el país de residencia de sus padres. La llegada sana y segura de un niño milagro siempre es maravillosa, pero la clínica Intersono también reconoce la importancia que la familia pueda completar todas las gestiones sin estrés, para poder volver a casa fácilmente y comenzar su nueva vida* [34].

La gestación subrogada es la hermana fea de la donación de óvulos, la práctica en la sombra. Tiene precios variables, cinco o seis veces más caros que los ciclos de reproducción asistida, pero las gestantes son mujeres jóvenes y es posible que los embarazos se consigan con menos dificultad. Los costos varían en función del país (ver la tabla 3), y las opciones más accesibles están en Ucrania y rondan los 50 000 euros. En una entrevista al medio especializado *Redacción Médica* [35], la periodista Samanta Villar hablaba de la necesidad de legalizar la gestación subrogada para evitar prácticas abusivas en otros países como India o Ucrania.

Tabla 3. País	**Precio (en euros)**
ESTADOS UNIDOS	110 000 - 160 000

Grecia	75 000 - 85 000
Canadá	100 000 - 110 000
Ucrania	50 000 - 60 000
Rusia	60 000 - 80 000
Georgia	50 000 - 60 000

El argumento de la necesidad de regular o de abordar la gestación subrogada es lícito, y no es extraño que quien lo ponga encima de la mesa sea una receptora de embriones creados a partir de óvulos donados. Esto es especialmente así si tenemos en cuenta que la demanda de gestantes no desaparece y que acaba por imponerse en un mercado global que sortea las legislaciones estatales y que a menudo lo hace sin ningún respeto hacia los derechos humanos elementales. Quizás habría que regularizar, pero sin anonimato, con impuestos de por medio y como último recurso. Una opción sería plantear la gestación altruista: que se pueda gestar por una amiga o familiar a cambio de una compensación económica, pero sin ningún tipo de anonimato, y eso implicaría aceptar el sufrimiento psicológico, asumirlo, preverlo y atreverse a una crianza diferente, no exclusiva. Pretender que una mujer es solo un contenedor anónimo de donde nacerá tu descendencia deshumaniza a la gestante y a la criatura; es similar a la deshumanización de los óvulos donados por jóvenes anónimas y con pocos ingresos, pero más flagrante porque ocupa el cuerpo de la mujer durante casi un año. Por otra parte, el altruismo real es el que nace entre personas a las que aprecias y que no se limita a una visita de control para conocer si la gestante bebe, fuma o practica más sexo de la cuenta. Layla Martínez da buena cuenta de la intervención y el control de la mujer en su libro sobre la gestación subrogada **[36]**.

En última instancia, el precio a pagar por la gestación subrogada debería ser el riesgo de que la persona nacida conozca su gestante, y el contrato no debería estipular la propiedad del embrión y el futuro bebé. Una mujer gestante debería tener la opción de quedarse con el bebé hasta el último momento. Es injusto para los padres postizos, pero si se legaliza la gestación subrogada en la Unión Europea este es un riesgo que deberían asumir: la gestante asume el riesgo de morir, porque todos los partos conllevan, aunque sea en porcentajes ínfimos, el riesgo de muerte. En la misma línea, una donante que lo desee debería poder acceder a la información

sobre las personas gestadas a partir de su ADN, y todo nacido de óvulos donados debería poder hacer lo mismo.

La legislación española

El Instituto Dexeus hizo un estudio con 2000 mujeres de más de 40 años y solo entre un 5 y un 8 % lograron quedarse embarazadas con una simple inseminación artificial. A partir de aquí la fecundación *in vitro*, con óvulos donados en muchos de los casos, es un imperativo. Treinta años después de la llegada de la fecundación *in vitro* en España, muchas técnicas se han perfeccionado y extendido, y esto pone a prueba las legislaciones de los diferentes países, que siempre van más lentas que los avances biotecnológicos. En principio, la *in vitro* está indicada en caso de lesión tubárica bilateral inoperable, una patología que afecta a las trompas de Falopio. En otros casos menos graves como la endometriosis o la infertilidad idiopática, entre otros, se aconseja, en primer lugar, intentar la inseminación artificial un mínimo de seis veces. En la práctica, es habitual que las clínicas opten por la fecundación *in vitro* antes de agotar esos seis intentos. Lo que debía ser útil por necesidad se utiliza por deseo, y el deseo cuesta dinero. La demanda creciente del apoyo a la fecundidad ha incentivado la investigación médica y ha planteado problemas éticos y legales en muchos países. Se necesitan leyes que codifiquen aspectos médicos que hace cuarenta años eran inimaginables, como la edición de los genes de los embriones, el diagnóstico genético preimplantacional y los estudios con células madre.

España fue uno de los primeros países en legislar el acceso y la aplicación de las técnicas de reproducción asistida. La primera ley de reproducción humana española es de 1988 (ley 35/1988) y se ha modificado dos veces, en 2003 y en 2006 (ley 45/2003 y Ley 14/2006). La ley de 1988 prohibía la compensación económica para las donaciones, y no se modificó cuando en 1995 se empezaron a compensar las donaciones de óvulos con dinero. La cantidad prácticamente no ha variado en los últimos quince años: entre 900 y 1200 euros por donación, y 1200 es una cifra alta y excepcional,

bastante más que el salario mínimo interprofesional. En 1999, la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal (ley 15/99) se promulgó para garantizar las libertades públicas con especial énfasis en el honor, la intimidad y la privacidad personal y familiar: esta ley consta en los cuestionarios que deben hacer las candidatas a donantes de óvulos y protege su anonimato, de la misma manera que se protege el anonimato de las madres por ovodonación. La modificación de la ley en 2003 introdujo la regulación de los embriones congelados, uno de los aspectos que más ha evolucionado en los últimos años.

El anonimato es una de las cuestiones más controvertidas de la donación de óvulos, porque entra en conflicto con el derecho a conocer los propios orígenes contemplado en la Declaración Universal de los Derechos Humanos y, más concretamente, en la Convención sobre los Derechos del niño adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989, y ratificada por España. La legislación española prevé sanciones [37] para quien efectúe estas técnicas en contra de la voluntad de las mujeres implicadas (donantes y receptoras), pero en cambio no prevé ninguna sanción específica para las clínicas que cometan negligencias médicas en este campo, porque las donantes se someten a la donación de óvulos y a la transferencia de embriones de manera voluntaria, mediante un contrato privado. También, en el plano legal, los tratamientos de reproducción con ovocitos donados podrían vulnerar los derechos de las personas nacidas: si los progenitores no les cuentan que son fruto de ovodonación, estas personas no tendrán acceso a sus datos genéticos reales. Como dice Samanta Villar, en la adopción el derecho del niño a conocer sus orígenes ha pesado más que el derecho de los adultos a mantener el anonimato, y es posible que la legislación se revise en el futuro si la presión de las clínicas reproductivas especializadas en bancos de óvulos no lo impide.

La ley 14/2006 se refiere, en cuanto a la donación de óvulos, a un contrato confidencial y de gratuidad. La confidencialidad del anonimato entra en conflicto con el artículo 39.2 de la Constitución española, que establece, en sintonía con la Declaración Universal de los Derechos Humanos, que todo el mundo tiene derecho a conocer la identidad de sus progenitores. En los últimos años, la cuestión de

un posible cambio legislativo ha sacudido las butacas de los directivos de las clínicas de reproducción asistida. Las clínicas necesitan donantes y muchas de ellas no lo serían sin la garantía del anonimato. Enric Güell, embriólogo, aclara que hay clínicas que no se centran en la donación: algunas están más enfocadas a las fecundaciones *in vitro* y
FIV-ICSI
con óvulos y espermatozoides propios, que es lo que las mujeres prefieren y que, cuando son demasiado mayores, ya no se pueden permitir.

La segunda cuestión es el pago. La donación de gametos, según la ley, debería ser gratuita, y esto no era ningún problema mientras la donación se limitaba a los espermatozoides, mucho más fáciles de obtener que los óvulos. Con los avances que facilitaron la congelación de óvulos y la complejidad del proceso de maduración y extracción, apareció la necesidad de recompensar las evidentes molestias de las donantes. La ley de 1988 rechaza de manera clara la remuneración, aunque cede a la Comisión Nacional de Reproducción Humana Asistida la posibilidad de fijar de manera periódica las condiciones básicas de la gratuidad de las donaciones. A partir de 1995 surge la necesidad de remunerar la donación de óvulos en España, porque la demanda empieza a superar a la oferta altruista. El primer informe emitido por la Comisión Nacional de Reproducción Humana Asistida en este sentido data de diciembre de 1998, cuando se establece que la compensación no vulnera la gratuidad. El informe de la Comisión dice que la suma debe ser de 100 000 pesetas de compensación a los donantes de semen (equivalentes a 600 euros, algo más de 800 si ajustamos la inflación) y de 500 000 pesetas a las donantes de óvulos (equivalentes a 3000 euros, algo más de 4000 si ajustamos la inflación). La revisión de 2006 de la ley reproductiva de 1988 dice que la suma debe ser lo suficientemente baja como para no convertirse en el incentivo principal de las donantes: debe ser compensatoria, no reportar beneficios. Este matiz legal contrasta con la necesidad de ampliar el catálogo de óvulos frescos y congelados disponibles. Como ya hemos visto, en 2020 la ovodonación se recompensa con sumas que van de los 900 a los 1200 euros por extracción, que comparativamente es mucho menos

de lo que se ofrecía a finales de los años noventa y que es diez veces menos de lo que se paga por el proceso de donar óvulos en EEUU, donde se remunera a las donantes por el proceso de principio a fin, nunca por número de óvulos, aunque las pacientes receptoras sí pagan los óvulos por separado.

El registro de donantes anónimas no existe

La tercera cuestión controvertida sobre la donación de óvulos es la ausencia de un registro de donantes. La ley de 1988 ya establecía la necesidad de registrar cuántas veces y en qué clínica donaba cada mujer: esta es la única herramienta que permite saber cuántos hijos genéticos tiene cada donante y que permitiría trazar las enfermedades genéticas que puedan haber pasado por alto los controles sanitarios. No es una carencia exclusiva de España: la vecina Francia, relativamente más responsable y eficiente en cuestiones de interés público y de bienestar, tampoco dispone de ningún registro de donantes, aunque la donación no está remunerada y la compensación se limita a cubrir las facturas de transporte y de posibles días no trabajados. Además, en Francia las donantes tienen opción de aprovechar la intervención para congelar una parte de sus óvulos y evitar así el riesgo de no disponer de óvulos propios sanos si desean ser madres cuando sean mayores y quizás deban recurrir a la reproducción asistida **[38]**. Es más: las autoridades médicas francesas advierten a las mujeres del riesgo de dificultad de quedarse embarazadas de manera natural y los problemas de salud que les puede ocasionar donar óvulos en otros países donde la donación es remunerada. La Agence de la Biomédecine lo dice así:

> *En Francia el reclutamiento de donantes de gametos se rige por principios éticos destinados a protegerlo de cualquier tráfico. Las reglas vinculadas a la ausencia de remuneración de gametos y la atención a que estas donaciones no tengan consecuencias en la salud de los donantes y las donantes no son siempre previstas o respetadas en los países extranjeros* **[39]**.

La necesidad de disponer de registros estatales abiertos y de

declaración obligatoria no es solo sociológica o moral, sino también de salud pública: en caso de error o negligencia en cuanto a los tests genéticos, que por otra parte eran mucho menos eficientes al principio de la reproducción asistida, si no se dispone de un registro que vincule los gametos a una determinada persona no se puede trazar, por ejemplo, qué donante es portadora de los genes de la hemofilia ni cuántas personas nacidas a partir de sus óvulos desarrollarán la enfermedad. La puesta en marcha de un registro se podría llevar a cabo sin renunciar al derecho al anonimato de las y los donantes, con un simple código que los identificara. En los países donde el anonimato de las donaciones de gametos está prohibido, a partir de la mayoría de edad los nacidos de donaciones disponen del nombre, apellido y dirección de su progenitor genético.

Existen diferentes registros a escala autonómica, estatal y europea, pero ni los datos son abiertos y compartidos entre los diferentes centros, ni se actualizan periódicamente más allá de los informes anuales que, en algunos casos, solo son de declaración voluntaria por parte de las clínicas. Además del desaparecido FIVCat (existente desde 1993) que debe dar paso a la SIRHA, aún pendiente de entrar en funcionamiento, también existe el registro europeo de la European Society of Human Reproduction and Embriology (ESHRE) y uno mundial del International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART), así como el registro de la American Society for Reproductive Medicine (ASRM). Una vez más, la utilidad de estos registros es muy relativa: datos más o menos anuales, de declaración voluntaria y, en los casos catalán, español y europeo, sin ninguna lista con la referencia de la persona donante y las veces que ha donado gametos a diferentes clínicas.

El aplazamiento sistemático de la puesta en marcha de este registro se debe a la falta de interés político, a la desidia en coordinar un registro moderno y transparente y quizás, también, a que la reproducción asistida es un sector en auge que mueve mucho dinero gracias, precisamente, a la falta de regulación efectiva por parte de las autoridades españolas. Aun así, el embriólogo Enric Güell se muestra preocupado por la inexistencia de este registro, y también se quejaba Anna Veiga, pionera de la reproducción

asistida.

Turismo de la maternidad

La antropóloga Diana Marre, comenta:

> *La donación de óvulos y embriones no es anónima en todas partes. En Nueva Zelanda los embriones sobrantes pertenecen a la familia, que tiene derecho a decidir qué pareja es la más adecuada para recibirlos. También en Nueva Zelanda se ha creado una asociación de personas nacidas de óvulos donados que piden que la donación deje de ser anónima. El anonimato es un «quien paga manda», porque conviene a las clínicas y a los padres y madres receptores. No se piensa en la persona que se producirá y que no tendrá acceso a sus antecedentes genéticos. Por eso la donación ha dejado de ser anónima en algunos lugares: en el Reino Unido dejó de serlo en 2005, en Bélgica en 2007 y en Holanda en 2013. Esto convierte a España en el destino de receptoras europeas que quieren una donante anónima. Una vez fui a una clínica con una familia receptora y la mujer le dijo al médico: «En la familia somos todos atractivos, para mí es muy importante que la donante sea guapa».*

Si se busca «IVF with donación in Spain» en Google, el buscador ofrece un montón de preguntas y de respuestas de pacientes. España acoge un gran volumen de turismo reproductivo gracias a su flexibilidad legal, a precios relativamente bajos y a la abundancia de óvulos. La percepción extranjera es que España es un país cristiano, pero muy tolerante respecto a todo lo relacionado con la reproducción asistida. Algunas preguntas frecuentes son del tipo: «IVF in Spain: is it worth the Hassle?» **[40]** (FIV en España: vale la pena la molestia?).

Mary Warnock
(1924-1919),
filósofa y miembro de la Academia Británica, publicó en 1984 el Informe Warnock. El documento sentaba las bases para la redacción de la Human Fertilisation and Embryology Act de 1990, la legislación que regula la reproducción asistida en el Reino Unido, actualizada en 2008, y que ha servido de inspiración a países como

Nueva Zelanda o Suecia, entre otros. La HFEA especifica la importancia de informar a los hijos fruto de donación que lo son y enfatiza la necesidad de decírselo cuando todavía sean pequeños. Según la legislación británica, además, los hijos nacidos de óvulos o esperma donados tienen el derecho, llegados a los dieciséis años, a disponer de información sobre el y/o la donante biológica. Esta información, que pueden reclamar y debe constar en el registro general, incluye el número de hijos que tiene el o la donante, su sexo y el año de nacimiento de cada uno de ellos. En 2005 se abolió el anonimato y las donaciones de esperma y de óvulos en Gran Bretaña disminuyeron mucho, como en otros países con una legislación similar.

En 2013 la American Society for Reproductive Medicine (ASRM) empezó a recomendar que se declarara el origen de las donaciones, pero en EEUU la donación es en realidad una venta y es anónima en la mayor parte de los casos; si la donante quiere puede elegir que no lo sea, algo imposible en España. Al margen de la cuestión ética y ligada a los Derechos Humanos sobre el derecho a conocer los propios orígenes, la popularización de los tests genéticos dificultará el anonimato, y de hecho ya hay personas de mediana edad que se han reencontrado con una cuarentena de hermanos y hermanas fruto del mismo banco de semen.

Briony Walker es una periodista británica que en 2011 escribió un artículo en *The Guardian* **[41]** sobre su experiencia de transferencia embrionaria con óvulos donados. Walker decía que por fin había encontrado una pareja con la que era plausible tener hijos: él también lo deseaba. Lo intentaron por la vía natural, pero abortó un par de veces. Entonces, ya en la cuarentena, sintió por primera vez la urgencia del hijo. El artículo expone los miedos y los deseos que la donante fuera atractiva —«Está comprobado que la vida es más fácil si eres atractivo», decía Walker— e inteligente, unas expectativas que, de entrada, nos pueden parecer poco morales pero que en la práctica tienen todos los padres; también obliga a pensar en la desigualdad entre países, en los problemas económicos que previsiblemente empujan a las donantes españolas (andaluzas todavía más, con unas tasas de paro por las nubes y muchas clínicas de reproducción asistida). La madre receptora y autora del artículo se lo plantea, como se plantea la idea de propiedad y exclusividad

que tenemos sobre los hijos: una amiga de su marido le ofreció los óvulos, pero ella no quería tener cerca a la madre genética de sus hijos. Es comprensible y es muy frecuente. La película *Private Life* muestra la misma preocupación de la aspirante a madre receptora cuando la donante, su sobrina, le habla de nuestro hijo, que de algún modo ambas compartirán. La periodista británica de 45 años quedó embarazada de gemelos con óvulos donados en España, porque, como ya hemos mencionado, en 2005 la abolición del anonimato en el Reino Unido había hundido las donaciones. En el artículo no menciona los riesgos que puede tener un embarazo múltiple en el cuerpo de una mujer de su edad.

Anonimato, edad, estado civil y número de embriones

La primera diferencia sobre reproducción asistida en las distintas legislaciones europeas es el límite de edad de las pacientes que quieren ser madres mediante estas técnicas. En España la legislación no establece ningún límite. La sanidad pública, por su parte, limita el acceso a las mujeres mayores de 40 años, mientras que el sector privado sostiene que no hay límite de edad para gestar —con óvulos de una donante— pero recomienda con vehemencia no someterse a fecundación *in vitro* más allá de los 50 años. En la pública se ofrecen dos intentos *in vitro* y uno más, opcional, en caso de que el personal sanitario considere que la mujer tiene muchas posibilidades de conseguir el embarazo al tercer intento. La dificultad de acceder a las fecundaciones *in vitro* en la sanidad pública es que puedes entrar en la lista de espera a finales de la treintena y, a los 40 años, seguir pendiente de un tratamiento que por edad ya no pueden ofrecerte. Las inseminaciones artificiales son más sencillas, requieren poca o ninguna medicación y se ofrecen cuatro por receptora, pero las tasas de éxito son más bajas y el límite de edad para inseminarse son los 38 años. En el sector privado la oferta de técnicas es extensa y no hay que esperar tanto, y la ausencia de límite legal explica, en parte, que las extranjeras receptoras de embriones con óvulos donados en España sean

mayores que el grueso de pacientes autóctonas, aunque unas y otras bordeen la cuarentena.

El segundo rasgo diferencial de la legislación reproductiva española es que las mujeres solteras y lesbianas también pueden optar a tratamientos de reproducción asistida en la sanidad pública. Cada comunidad autónoma adapta las medidas oportunas con respecto a la elección de las pacientes que pueden recibir asistencia. La tercera diferencia respecto a la mayoría de las legislaciones europeas es el anonimato de los y las donantes de gametos. En España, la pareja o la mujer receptora de embriones creados con óvulos donados solo podrá saber el grupo sanguíneo y la edad de la donante y, a diferencia de lo que sucede en EEUU, es ilegal inseminar *in vitro* el óvulo de una amiga o conocida y gestar su embrión.

Una vez creado el embrión en el laboratorio surge la cuestión sobre cuántos embriones se pueden transferir al útero de la mujer receptora en un solo ciclo. En el Reino Unido y en los países escandinavos pueden transferirse uno o dos, y en Alemania solo se pueden fecundar tantos óvulos como embriones esté previsto que deban implantarse: no se permite la creación expresa de embriones sobrantes ni se permite congelarlos. La congelación de embriones también está prohibida en Italia y Croacia, países que sí permiten la congelación de óvulos. En Italia, los tratamientos de reproducción asistida solo son accesibles a las parejas heterosexuales infértiles, que pueden congelar los óvulos de la donante que no han utilizado. Como ya se ha dicho, en España la transferencia de hasta cuatro embriones era habitual a finales de los años noventa, y hoy está permitido transferir hasta tres embriones en un mismo ciclo pero la tendencia es transferir dos o uno, para evitar los embarazos múltiples y sus consecuencias negativas en la salud de la madre y de los niños. Lo único que tienen bastante en común los diferentes países es la cantidad de ciclos que la sanidad pública cubre por mujer receptora o pareja: tres.

Nuevas técnicas y nuevas leyes para dilemas antiguos

En 1999, Ron Harris, un fotógrafo de Estados Unidos, abrió una página en la que ofrecía los óvulos de *top models* con las que había trabajado:
«Ron's
Angels» (Ángeles de Ron). La página cerró pronto porque en realidad el fotógrafo no disponía de laboratorio ni de ninguna modelo dispuesta a vender sus óvulos, pero el caso saltó a los principales medios del país y abrió un debate ético que se ha resuelto con la venta de óvulos y de espermatozoides y con la legalización de la gestación subrogada, todo de manera anónima.

En los EEUU, sin embargo, el anonimato no es obligatorio, como sí lo es en España, donde no puedes ofrecer tus óvulos ni tu útero para gestar de manera altruista para una familiar o amiga cercana (y es paradójico, porque una donación puede ser mucho más altruista si conoces y aprecias a la familia que quiere tener un hijo). La biotecnología avanza, y a los tratamientos médicos se añade el auge de los productos derivados de elementos corporales. Como explica la doctora Ascensión Cambrón Infante en *Los óvulos en el mercado y los derechos de género* **[42]**, lo que en EEUU es comercio abierto en la Unión Europea se mantiene dentro del ámbito de las donaciones, anónimas o no en función de la legislación de cada país. La dificultad de conciliar los intereses comerciales con los Derechos Humanos se hace patente tanto en EEUU como en la UE. En los EEUU, la National Transplant Act dicta que no se pueden vender órganos: la sangre no la consideran un órgano, tampoco los espermatozoides ni los óvulos, y por eso se pueden vender. El útero se puede alquilar, y un alquiler, por definición, no es una venta. La ley reproductiva varía en diferentes países de la Unión Europea, pero el comercio es internacional y las aspirantes a ser madre se mueven en busca de una legalidad más flexible, siempre bajo la categoría de donación. La diferencia es que la UE recurre a los eufemismos y los vacíos legales, pero en Europa todavía no se puede comerciar con la sangre, vital para el tratamiento de muchas enfermedades y motivo, por ejemplo, del gran negocio de la empresa catalana Grifols en Estados Unidos.

Un artículo del diario francés *Libération* escrito por la periodista Catherine Mallaval **[43]** se hacía eco de donantes en serie, hombres protegidos por el anonimato de las donaciones que se van de banco

de semen en banco de semen: algunos de ellos son ginecólogos y directores de centros de reproducción asistida. Cambrón Infante documenta el caso de un médico surcoreano que inseminó cientos de mujeres con su esperma.

La legislación francesa es casi como la española, con donación anónima y sin ningún registro de donantes; en enero de 2020, el gobierno francés[44] aprobó que una mujer soltera o lesbiana pueda acceder a los tratamientos de reproducción asistida en la sanidad pública, hasta entonces exclusivos para las parejas heterosexuales infértiles. En 2011 Francia revisó la ley de bioética y, desde entonces, los óvulos de cada donante pueden engendrar un máximo de diez hijos, el doble de lo permitido hasta esa fecha. La fantasía de inseminar tantas hembras como sea posible es antigua como el reino animal: los retos jurídicos que plantean los tratamientos reproductivos son relativamente nuevos, pero los temas de fondo no difieren de las viejas cuestiones históricas de la filosofía del derecho. Estamos ante el derecho a vender o comprar el propio cuerpo —o una de sus partes, como la sangre o los gametos —, el derecho a la privacidad, el derecho a conocer a los progenitores y el derecho a intervenir en la vida, que incluye el aborto, la inseminación artificial y la edición de embriones. La variedad de regulaciones dentro de la UE exige una homogeneización o, cuando menos, un marco legal supranacional similar a la legislación británica. La libre circulación de personas dentro de la Unión Europea también beneficia a las clínicas que explotan el turismo reproductivo.

El capital de la reproducción asistida

La donación de óvulos depende de las diferentes legislaciones y, en este sentido, ya hemos visto que el mercado es tan variado como las normas que lo regulan en cada país. Sin embargo, el mercado es global y tras diferentes marcas comerciales hay unos fármacos similares, con unas marcas registradas y unos fabricantes que se repiten y que, según la consultora Global Data[45], conforman un mercado que crece de día en día: los que se dedican al sector de los

medicamentos que provocan la estimulación, la ovulación y la implantación de los embriones. Según los datos disponibles, en 2018 el mercado de los medicamentos estaba valorado en 1800 millones de dólares en los seis países principales (EEUU, Francia, Alemania, Italia, España, Reino Unido y Japón), y se prevé que en 2028 el valor alcance los 2500 millones de dólares. El informe menciona el aplazamiento de la edad de la maternidad, y también afirma que el espacio de competencia es limitado. Una de estas empresas es la estadounidense Ferring Pharmaceuticals, que se centra sobre todo —aunque no exclusivamente— en la fertilidad y que nació en 2008: sus productos estrella son el Bravelle y el Menopur, de los que ya hemos hablado. En palabras de Kelly Lambrinos, analista de Global Data:

> *[…] un número limitado de empresas establecidas compiten en este espacio, y la estrategia ha sido sobre todo crear versiones mejoradas de medicamentos ya existentes. Como tal, la medicación es básicamente la misma. Incluye, entre otros, Gonal-F (alfa folitropina), el Follistim de Merck & Co (folitropina beta) y el Menopur de Ferring Pharmaceuticals (menotropinas), que acaparó el 50 % del mercado de la infertilidad femenina en 2018.*

Otro producto candidato a convertirse en estrella es el Nolasiban, un receptor oral de oxitocina propiedad de ObsEva, recetado para impedir las contracciones uterinas durante la transferencia del embrión creado en el laboratorio. Llegará al mercado estadounidense en 2021, y a la Unión Europea llegará a partir de 2022. Se prevé que el Nolasiban pase a formar parte de todos los tratamientos que incluyan la recepción de embriones, y en 2028 podría alcanzar una cifra de ventas de 320 millones de dólares en EEUU, Francia, Alemania, Italia, España y el Reino Unido.

En 2016, dos años después de que sus productos conquistaran la mitad de su nicho de mercado, Ferring Pharmaceuticals tuvo que afrontar una demanda por uno de sus productos, el Bravelle, del cual ya había retirado del mercado una parte de los lotes. La juez Amy St. Eve del distrito Norte de Illinois emitió la resolución de una demanda nacional contra Ferring Pharmaceuticals en la que se acusaba a la compañía de conocer que el Bravelle era poco potente y que no era efectivo para la estimulación ovárica dieciocho meses antes de retirar los mencionados lotes **[46]**.

La acusación afirmaba que la compañía no comprobó lo suficiente la efectividad del Bravelle antes de comercializarlo: en el mercado de los tratamientos reproductivos, con frecuencia es el aumento de la demanda de medicamentos el que dicta el calendario, en detrimento del correcto desarrollo farmacológico. Las principales farmacéuticas vinculadas a los tratamientos hormonales de la reproducción asistida son Merck (una de las 30 compañías con mejor cotización de Alemania), Ferring (EE. UU., fundada en 2008), MyovantSciences (Reino Unido, 2016) y ObsEva (Suiza, 2012). Todas, excepto Myovant Sciences, están al alza en el mercado financiero, en especial ObsEvar, y todas han crecido notablemente de 2008 en adelante.

Transporte de óvulos, embriones y gestación subrogada en Ucrania

No está permitido la creación de embriones en España y su transporte a Ucrania para transferirlos a una gestante extranjera. Se pueden crear embriones con fines reproductivos, pero la legislación española establece que la madre reconocida del hijo será la gestante que dé a luz. Por lo tanto, los embriones creados de forma artificial solo se pueden utilizar para tratamientos propios, pero no está prohibido trasladarlos al extranjero ni a otra clínica española y las clínicas no pueden denegar el traslado de los embriones si sus propietarios lo piden. El doctor Barri, comenta:

> *Teóricamente la compraventa de gametos no está permitida. Al igual que con el semen, existen bancos de óvulos que pueden suministrar ovocitos a las clínicas que lo requieran, en caso de no tener donantes que encajen con el fenotipo de las receptoras. Los controles de la administración son muy exhaustivos en este tipo de bancos de ovocitos, y solo se factura el procedimiento como si se hubiera producido en el propio laboratorio receptor, con lo cual no hay un mercadeo detrás. La criopreservación de ovocitos es un proceso muy sensible y su mercadeo no es tan fácil ni práctico. En general el procedimiento natural y óptimo es hacer la punción y trabajar en fresco; así es como lo preferimos en nuestra clínica. Recurrir al banco de ovocitos congelados suele ser una opción*

excepcional para superar alguna dificultad médica, pero no es como ir al mercado a comprar manzanas. Básicamente porque el banco de ovocitos, cuando los consigue, ya dispone de una receptora en concreto, por lo tanto, se trataría de segmentar y diferir el procedimiento que se haría en un mismo centro, pero que por los motivos que sea se debe delegar alguna de las partes a otro centro —al igual que sucede con el semen.

En última instancia el destino de los embriones lo decide la pareja que los ha encargado, pero en muchas ocasiones la elección resulta difícil y termina recayendo en las clínicas que los almacenan.

En referencia a los embriones congelados y a la adopción internacional, la antropóloga Diana Marre cuenta una anécdota curiosa que ilustra cómo de variable puede ser la casuística:

El Instituto Marquès inició un programa de adopción de embriones sobrantes en 2004, y un cura italiano vino con un grupo de parejas a «rescatar niños», para que las mujeres gestaran y parieran los embriones. Algunas mujeres religiosas optan por la «transferencia de menstruación»: introducen el embrión en el útero y dejan que el destino elija; si el embrión se adhiere es señal de que deben gestar y parir. En caso contrario, desaparece en la siguiente menstruación de la mujer.

La consulta legal por el traslado de los embriones a otros países es habitual y la respuesta se refiere al uso: el transporte está permitido si los embriones son para uso propio, y está prohibido si se busca transferirlos a otra mujer, como en la gestación subrogada. Puedes ir a una clínica de una ciudad extranjera y solicitar el traslado de tus óvulos o embriones congelados, previa autorización del Ministerio de Sanidad. Los trámites duran unos dos meses. Aceptada la petición, el requisito es que los embriones viajen de una clínica a otra y con una compañía de transportes autorizada, en un contenedor de nitrógeno líquido y los embriones correctamente identificados.

El Ministerio no tiene manera de saber a ciencia cierta si los embriones se transferirán al cuerpo de una gestante o no, y este es un posible resquicio legal para las parejas que quieran recurrir a la gestación subrogada. La empresa Feskov Human Reproduction Group se ocupa transferir embriones a Ucrania, y afirma que las

parejas solo tendrán que acudir justo antes del parto de la madre subrogada[47], con el ahorro de gastos que esto supone. La misma web anuncia un programa completo, EmbryoTravel-7[48], que incluye el transporte de los embriones, descongelación y transferencia embrionaria a la gestante. Feskov tiene una base de datos propia de madres subrogadas y, aunque es una compañía norteamericana, tiene sede en Ucrania desde 1995. La clínica dice que gracias a la colaboración con sus socios han podido implementar con éxito programas de garantía remota, que significa que no hay que viajar a Ucrania y que la criatura puede nacer en el país que desee el cliente.

Mover cada embrión tiene un coste que va de los 200 a los 500 dólares (puede variar en función de la distancia). La multinacional de transporte de embriones CryoStork (Cryoport), por ejemplo, tiene sede en EEUU, Holanda y Singapur. Entre sus socios hay empresas rusas, tailandesas y españolas, aunque la mayoría son de Estados Unidos. Entre las compañías preferidas está el Centro Madre de Tenerife, Ovobank («el primer banco de óvulos europeo», según versa su lema) y Adonis Family Medical Center, una empresa ucraniana que se dedica a la fecundación *in vitro* y la gestación subrogada. Ovobank colabora con CryoStork[49] y, por lo tanto, una parte de los óvulos y embriones se exporta, tanto a clínicas nacionales como extranjeras, incluyendo clínicas de gestación subrogada como Adonis Family Medical Center.

CoreCryolab o PrincetonCryotech transportan embriones congelados, y empresas de transporte no especializadas, como FedEx y UPS, también lo hacen. Pero la mayoría de las clínicas no trabajan con compañías externas. El caso de Ovobank es significativo. En su página web ofrecen la posibilidad de realizar envíos por cuenta propia, con el único requisito de que la clínica de acogida esté al tanto y de acuerdo. En la web se ofrecen paquetes de óvulos o de embriones en fase 1 que llegarán al destino indicado con un espacio de tiempo de entre 24 y 48 horas, previo pago y garantías extra de supervivencia con el programa Lab2lab. Así como CryStork hacía constar tanto Ovobank como la clínica de gestación subrogada Adonis, Ovobank colabora, según la información disponible, con la Sociedad Española de Contracepción, la European Society of Human Reprodcution and Embryology, la Asociación

para el Estudio de la Biología de la Reproducción y la Sociedad Española de Fertilidad, todas ellas del tercer sector.

Para acceder a la solicitud de transporte de óvulos en línea hay que rellenar un formulario con los datos de la paciente receptora y de su pareja[50]. Entre las categorías del formulario, la única opcional es la del centro donde la clienta/paciente con o sin pareja querrá enviar los óvulos o embriones y, por tanto, no hay que rellenar obligatoriamente. Más allá de la asociación indirecta de Ovobank con clínicas de gestación subrogada como Adonis Family Medical Center y de que no se obligue a referir la clínica donde se quieren enviar óvulos o embriones, no hay pruebas de que los productos de Ovobank se utilicen para la gestación subrogada. Sí hay constancia de sus ofertas de transporte de óvulos y embriones creados en España a clínicas extranjeras.

Las clínicas barcelonesas y los nichos de mercado

El mapa de las clínicas de reproducción *in vitro* de Barcelona muestra una concentración clara en los distritos con mayor nivel adquisitivo. Pasa lo mismo con las clínicas privadas en general, no solo en las del ramo de la reproducción asistida, pero en España la medicina de apoyo a la reproducción es privada en un 81 %. Los hospitales públicos ofrecen tratamientos de reproducción asistida, pero si tienen que recurrir a gametos donados lo hacen previa compra de óvulos y espermatozoides a clínicas privadas, que gestionan los bancos de óvulos y de semen. La sanidad pública es, por lo tanto, clienta de las mismas clínicas de reproducción asistida que obtienen donaciones y que ofrecen todo tipo de tratamientos de fertilidad y reproducción para un espectro creciente de mujeres.

Un banco de gametos público como el que en el año 2016 sugería el consejero de salud de la Generalitat de Cataluña, Toni Comín, sería una manera de no transferir —todavía más— dinero público al sector privado, pero si tenemos en cuenta que según la legislación vigente deberíamos tener un registro de donantes accesible y abierto desde el año 1988, resulta difícil creer que un

banco de gametos sea una realidad cercana. En última instancia, además, sería deseable que la sanidad pública invirtiera en la adquisición de óvulos de donantes y no solo en servicios de guardería para madres y/o parejas jóvenes. ¿Debemos exponer los cuerpos de las mujeres jóvenes a la hiperestimulación ovárica a cuenta de los impuestos de todos? Si se hiciera, ¿sería compatible con destinar dinero a la maternidad natural teniendo en cuenta que la inversión en políticas familiares es escasa?

Hay clínicas enfocadas a mujeres jóvenes que centran la publicidad en la captación de donantes de óvulos, como es el caso de Eva o FIVclínic, mientras que otras se centran más en el público extranjero. La publicidad de la donación de óvulos es agresiva. No todos los centros basan su actividad sanitaria y económica en las donaciones de óvulos, pero muchas sí, y esto hace que se concentren en este público joven de posibles donantes.

La embrióloga Rocío Núñez Calonge escribía en un artículo en *El País* **[51]** que ninguna clínica de reproducción asistida ha cesado por completo sus actividades a raíz de la COVID-19, aunque sus páginas aconsejen quedarse en casa. Rocío Núñez Calonge, que cuenta con un Master en Bioética, no es sospechosa de ser contraria a la reproducción asistida, como ella misma reconoce en el artículo. De hecho, medios como El País o El Mundo tratan la cuestión de la reproducción asistida en España como un éxito nacional, y las noticias sobre el tema apuntan más a una celebración del turismo reproductivo, dada su legalidad laxa, que a una reflexión profunda sobre qué implica fomentar la venta de óvulos de ciudadanas anónimas, sea desde el punto de vista económico o ético.

Aquí conviene recordar la etimología de la palabra proletariado: aquellos que no pueden ofrecer más que su prole o descendencia. A pesar de la tendencia de los medios generalistas españoles, Calonge apuntaba que quizá no es recomendable que, durante la pandemia de 2020, haya mujeres que se sigan sometiendo a tratamientos de reproducción asistida. Su crítica era tímida, no iba más allá de la propuesta de detener los tratamientos durante el periodo de confinamiento de la población.

Orgullo de donante

La clínica IVI, enfocada especialmente a la captación de donantes, anima a las jóvenes con ovarios poliquísticos a donar óvulos, y lo acompaña con el eslogan «¡Yo doy óvulos!». A Marta le denegaron la posibilidad de donar los óvulos de sus ovarios poliquísticos porque no crecían lo suficiente durante la estimulación ovárica. La escasez de ovocitos en comparación con la demanda explica que las clínicas especializadas en extracción de gametos femeninos abran la puerta a las mujeres jóvenes con una capacidad de producción de ovocitos más limitada. Los lemas que vinculan solidaridad, empoderamiento, orgullo de donante y feminismo son recurrentes e influyen en la forma en la que algunas donantes hablan de su experiencia. La apropiación del argumentario de las clínicas es necesario para contrarrestar la opinión más o menos contraria de buena parte de la sociedad hacia la idea de ofrecer una parte del cuerpo para contribuir a la maternidad ajena a cambio de dinero. De aquí las explicaciones sobre cómo la compensación económica tiene fines indemnizatorios y no es una remuneración, es decir, no es para ganarse la vida, es para compensar las molestias del control clínico y las intervenciones tanto ginecológicas como quirúrgicas, por no hablar, como hemos explicado, de cómo las complicaciones derivadas de la donación pueden dar con la donante en la UCI y, en el peor y más excepcional de los casos, al cementerio. Carla, donante en tres ocasiones, defiende su postura así:

> *Lo hice por ayudar. Pienso que si yo lo necesitara me gustaría que alguien hiciera esto por mí. Dicen que ser madre te da la vida, y si lo deseas y no puedes debe ser muy jodido. Cuando donas te dan una tarjeta escrita por las personas que reciben tus óvulos; y la verdad es que al leer estas notas te emocionas, porque te das cuenta de que esta ha sido su única manera de tener hijos. Siento que he hecho un bien a alguien. Repetí dos veces más porque me llamaron. Te preguntan cómo estás, si estás bien, están por ti. Me llamaban para decirme que había otra chica interesada; en la clínica te lo ofrecen, y si te va bien lo haces y si no, pues no. Buscan a alguien con características similares a las mías. Los médicos me dijeron que soy supersana y que no tendré problemas; te dicen si se han conseguido tener hijos o no. Yo las tres veces que lo he hecho ha sido para familias de Francia. El médico me dijo que no podía hacerlo con ninguna receptora de Figueres, porque con los años me podría encontrar un niño o niña idéntica*

a mí por la calle, que se parezca a mí y sea hija o hijo míos. Aunque la donación no fuera anónima también lo hubiera hecho; yo no les hubiera sido su madre, por mucho que vinieran a conocerme. Es como ser adoptado. La última vez que doné mi madre me dijo «ya no lo hagas más» y no, no lo puedo hacer más, me lo dijo el médico, y le haré caso.

La aceptación social no afecta solo a las donantes, sino también a las mujeres que se someten a fecundación *in vitro* con óvulos propios o donados [52]. Andrea, por ejemplo, no quiere que en su trabajo sepan que ella está en proceso de someterse a FIV-ICSI con sus propios óvulos, ya que el problema de infertilidad lo tiene su pareja. El motivo por el que no quiere contarlo es mucho más antiguo que la historia de la reproducción asistida: la conciliación laboral y familiar todavía está lejos de resolverse y prefiere anunciar su embarazo cuando ya sea un hecho consumado:

Si no hubiera sido por COVID-19, tras la estimulación debería haber solicitado trabajar desde casa, pero ya estábamos confinados y no tuve que exponerme. En el ámbito laboral el tema de la fecundación in vitro *es tabú. En el trabajo no lo saben porque creo que para mi carrera profesional no es recomendable que sepan que estoy intentando ser madre. Prefiero que lo sepan cuando el resultado sea positivo y ya hayan pasado tres o cuatro meses.*

Todavía hay cierto escepticismo por parte de muchos empresarios sobre el compromiso de una madre trabajadora, y las políticas públicas que favorecen la conciliación laboral y familiar son insuficientes. Gala admite que si ha podido cumplir su deseo de maternidad ha sido gracias a la estabilidad que le da el hecho de ser funcionaria. Antes del nacimiento de su primera hija tuvo que guardar un año entero de reposo por las pérdidas, y buena parte de los costes de los tratamientos los tuvo cubiertos:

Si no hubiera sido por la mutua de trabajo no nos lo hubiéramos podido permitir, no hubiera tenido recursos para ser madre. Pude hacerme tantas inseminaciones y fecundaciones *in vitro* con óvulos propios y donados porque me cubría la mutua.

Las clínicas contribuyen al juego del engaño porque saben que

las donantes pueden tener problemas en sus puestos de trabajo si dicen que no irán a trabajar porque se están recuperando de una extracción de óvulos. Carla lo contaba así:

> *El día de la punción, la primera vez que doné, yo trabajaba; y cuando te hacen la punción tienes que estar en reposo total todo el día siguiente. Yo no quería contarle a mi jefa que tenía que faltar porque soy donante de óvulos, y el médico de la clínica me hizo un papel donde no constaba la palabra «reproducción asistida» y según el cual yo tenía que estar de baja porque me tenían que sacar un quiste, aunque no me habían sacado ningún quiste, claro. El médico me dijo que siempre tiene que mirar por la paciente. Yo no oculto el hecho de ser donante, si no, no lo haría; pero no se lo quise decir a mi jefa porque no todo el mundo lo ve con buenos ojos, y ella era ese tipo de persona: en una ocasión le insinué mi interés en donar óvulos y me dijo que eso no era normal, que luego tendría una hija por el mundo que podría buscarme, ponía pegas a todo. «Te estás vendiendo», me decía. Todo el mundo que dona debería preguntarse a sí misma si donaría óvulos en caso de que no le pagaran: yo creo que lo haría de todas maneras, aunque el dinero va bien. Las otras dos veces no me dieron la baja porque solo es un día que te encuentras mal y debes reponerte. Los dos días antes de la punción te sientes muy hinchada, pero según el trabajo que tengas puedes ir a trabajar igualmente. En la clínica intentan adaptarse al máximo a tu horario y condiciones.*

El escepticismo de los empresarios con respecto a la donación remunerada es injusta, porque no cuesta demasiado entender que sus trabajadoras no donan óvulos solo por altruismo, sino —también— para complementar sueldos exiguos. Algunas donantes se sintieron más interpeladas que otras en cuanto a la empatía y la generosidad, pero en ninguna de las donantes actuó al margen de la recompensa económica. Algunas de ellas aseguran que habrían cedido sus óvulos aunque no existiera el anonimato, pero ninguna de ellas —excepto, por lo que dice, Carla— hubiera ido a la clínica con la única intención de ayudar a otra mujer a tener hijos. Así lo cuenta María:

> *Lo había contado a muy poca gente. Por dos motivos: el primero era el de estar haciendo algo que no conoces y que intuyes que es polémico; el segundo motivo por el que callaba es*

la vergüenza de tener que recurrir a esto por dinero.

La retórica de la reproducción asistida

La publicidad imita al arte, y la que vende los servicios de reproducción asistida es un buen ejemplo. Además, hoy los algoritmos de las redes sociales permiten afinar más el nicho de potenciales donantes, ya sea a través de anuncios de Facebook, Instagram o Youtube, entre otros. Pasa lo mismo con los anuncios de los tests de embarazo, que pueden coincidir con los anuncios para la donación de óvulos pero que, en general, apuntan a mujeres algo mayores. Lo que antaño se limitaba a carteles en las universidades hoy aparece en las pantallas. Debería despertar sospechas porque no es tan habitual encontrar anuncios que animen a la población a donar sangre, que es imprescindible para los hospitales y que en España no está remunerada, al margen del bocadillo que te dan al salir. Más allá de los instintos biológicos o los deseos personales, la idea de la mujer como fuente reproductora persiste en el plano de la moral y la sociología tradicionales. A partir de cierta edad, la urgencia para reproducirse es social, cultural, biológica y política, pero en la publicidad de las clínicas de reproducción asistida se hace hincapié en la idea de la libertad individual y del derecho a la maternidad.

Cada empresa elige una aproximación diferente a la maternidad artificial, que en España tiene nichos de mercado muy diversos. En Barcelona la oferta es amplia y segmentada, aunque las clínicas están concentradas en la parte alta, donde está la mayoría de los hospitales y consultas médicas del ámbito privado: Sarrià y Sant Gervasi, los barrios con más poder adquisitivo. En la clínica Fertt predomina un discurso que abandera la libertad individual y contempla la maternidad como una elección al alcance de todos. Para ser madre ya no es necesario tener pareja masculina ni de ningún tipo, tampoco ser joven; entienden la maternidad como una opción personal al margen de cualquier circunstancia. Lo único que cuenta es poder pagar antes del nacimiento del bebé. Uno de los lemas de la su web versa sobre las parejas más maduras que desean ser padre y madre, porque la mayoría de las personas que recurren

a la reproducción asistida son parejas heterosexuales de mediana edad. La mayoría de los que buscan ayuda cumple estas características, pero la efectividad de las técnicas de reproducción asistida decae a medida que las receptoras y sus parejas envejecen.

En la clínica Eugin la maternidad es un proyecto, y hablan en plural, bajo el sintagma «proyectos de maternidades». La maternidad siempre es un proyecto de vida, y es todavía más un proyecto si requiere donaciones, cultivos externos y transferencias embrionarias: exige la participación —y, sobre todo, la implicación — de más de dos personas, intervenciones e instrucciones concretas y precisas que, como cualquier proyecto de ingeniería, puede alargarse mucho en el tiempo y costar mucho más dinero de lo previsto. «La familia es un derecho de todos» es el lema de otra de las clínicas de reproducción asistida de la ciudad.

Elección, proyecto, derecho. En las sociedades contemporáneas, ser madre no es ningún deber sino una posibilidad preciada, un derecho que, por inexistente, toma la forma de privilegio. Nos encontramos en una fase demográfica en la que tal vez deberíamos establecer el derecho a la maternidad: así podríamos satisfacer mejor el deseo de tener hijos y responder a la necesidad económica y política de aumentar la población joven.

Gala se refiere a una oferta que recibieron de la clínica para realizar una prueba extra:

> *Querían vendernos unas pruebas de esperma que cuestan 600 euros y que permiten extraer el espermatozoide rey, el de máxima fertilidad. Pero nos negamos, con Carlota había funcionado sin ninguna prueba de esperma extra. En esos momentos sí sentí que nos querían sacar dinero.*

Los gastos extra para complementos prescindibles a lo largo del tratamiento son habituales, y los últimamente se ha popularizado un test de estudio de la fisonomía de donantes y receptoras para conseguir transferir a las futuras madres embriones que, cuando crezcan, se parezcan tanto a ellas como sea posible. Esta técnica se encuentra dentro de la práctica habitual de buscar donantes de la misma etnia y características que la receptora, pero en cierto modo es contraria a lo que se recomienda desde la psicología: ¿por qué tu hijo debe parecerse tanto a ti como si compartiera tus genes? La

obsesión por perfeccionar la semejanza entre las madres por ovodonación y sus hijos promueve la idea de que la donación de gametos se puede hacer a escondidas de los demás y, mucho peor, a escondidas de los propios hijos. Como explica Pere Barri, este problema es inexistente en las familias con hijos adoptivos de otra etnia, porque la diferencia física les ayuda a entender que no comparten el acervo genético de sus padres.

La madre es la que está ahí

Samanta Villar, sobre el hecho de ser madre y el anonimato, dice:

> *Si la donación no fuera anónima lo habría hecho igualmente. De hecho, me gustaría que no fuera anónima. No descarto luchar por ello, en el futuro. Creo que el derecho de mis hijos a conocer sus orígenes está por encima del derecho de las donantes. Al igual que ha ocurrido con las adopciones: antes no se podía saber quiénes eran los padres biológicos, pero ahora sí, el derecho de las criaturas ha prevalecido. Es cierto que en los países donde se ha suprimido la garantía del anonimato las donaciones han disminuido mucho. Yo creo, y esta es una opinión mía muy personal, que el anonimato favorece básicamente a las clínicas, porque tienen más donantes y sin donantes las clínicas no tienen negocio. Pero algún día la ley cambiará. Estoy convencida de que tarde o temprano esto caerá por su propio peso, porque es un derecho humano: conocer los orígenes es una de las máximas incluidas en la Declaración de los Derechos Humanos. Algún día habrá que llevarlo a los tribunales y se ganará. No descarto luchar por ello en el futuro. Pero esperaré a que mis hijos sean mayores de edad. Si a ellos les interesa yo les ayudaré, encuentro que estaría bien, conocerla, ver en qué se parecen, ampliar la tribu. ¡Quizás no nos entenderíamos y no sería necesario que formara parte de nuestras vidas, pero quizás sí! ¿Qué podríamos perder? Ella no podría lamentarse por sus hijos, porque una cosa es la carga genética y la otra es tener hijos. Tener hijos no tiene nada que ver con los genes y va mucho más allá. Una de las personas que entrevisté para un programa de televisión me dijo algo que nunca olvidaré: «Madre es la que está». Ser madre es criar, estar presente. La madre es la que está ahí.*

La publicidad veraz es rara, y la totalmente veraz no existe. Forma parte de la venta de cualquier cosa, y los límites entre la publicidad legítima y la engañosa son difíciles de trazar. Las madres entrevistadas mostraron la frustración de someterse a ciclos hormonales de reproducción asistida, un camino que suele ser largo e implica ensayos de prueba y error con el cuerpo de las donantes y las receptoras como escenario. La clínica Eva ofrece un 70 % de posibilidades de éxito, una tasa inventada: las fecundaciones *in vitro* con ovodonación son mucho más exitosas que el resto de las técnicas, pero no superan el 50 %, y si lo superan no llegan en ningún caso hasta al 70 %. Más allá de los números, es frecuente que las clínicas se refieran al bebé que vendrá como «nuestro pequeño angelito», al igual que hablan de la urgencia de la maternidad pagada a plazos como «el sueño de ser madre». Lo más curioso de esta retórica es la de siempre: la que relaciona la maternidad con el algodón, la irreflexión y el capricho tierno y amoroso. Los tratamientos reproductivos dan a las mujeres la segunda oportunidad de ser madres, sea por problemas fisiológicos, por falta de pareja masculina o por edad, pero el discurso es tópico y antiguo y los trabajadores del sector de la reproducción lo repiten sin plantearse que ese tono entre revolucionario e infantil no tiene casi nada que ver con los motivos que empujan a las mujeres a donar y transferirse embriones con óvulos de otras mujeres. Cambrón Infante lo argumenta así:

> *Las técnicas de reproducción humana representan un avance importante que permite satisfacer la demanda de hijos. Pero ignorar que ocultan otras implicaciones prácticas y simbólicas, problemáticas para las mujeres, supone también avalar la justificación política que subyace a la norma de «el derecho de la mujer a la reproducción» […] estos nuevos recursos han aumentado los conocimientos biogenéticos y los recursos técnicos la corporación médica, pero al tiempo se mantienen deudores de la tradicional concepción que da prioridad a la «madre» frente a la mujer, a la que se sigue viendo destinada por «naturaleza» a esa exclusiva función. Sobre esta realidad social y cultural actúa la corporación médica para obtener sobre las mujeres más saber y poder* **[53]**.

La reproducción asistida es un avance en el bienestar y la

libertad individuales, y una revisión de esta legislación progresista española debería preservar lo mejor que tiene. Pero si hay que pasar por la clínica no es siempre por elección: no elegimos cuándo tenemos una cierta estabilidad económica y emocional, no siempre somos conscientes de la influencia que la tradición y las presiones sociales pueden llegar a ejercer sobre nosotras y tampoco elegimos tener el deseo ciego de ser madres o no tenerlo. La retórica de la reproducción asistida combina esta idea de libertad individual con la vieja cantinela de la sagrada maternidad. En la práctica, sin embargo, si echamos un vistazo a los contratos veremos que la libertad es relativa, sobre todo —pero no exclusivamente— respecto a las donantes de óvulos.

Algunas clínicas especializadas en donación han optado por venderla como una cuestión de solidaridad femenina e incluso de empoderamiento; una clínica relativamente nueva utilizaba la popular figura de Rosie the Riveter[54], la mujer con pañuelo en la cabeza y brazo doblado como símbolo de lucha bajo el texto «We can do it!», un célebre meme del feminismo, para captar donantes en Instagram. Las donantes suelen decir que gracias a su cuerpo otras mujeres pudieron «alcanzar su sueño» y, en este sentido, la idea de la donación puede ir asociada a la empatía o la solidaridad.

El contrato gratuito

La donación de óvulos es legalmente altruista pero la relación entre donante y clínica se rige por un contrato. El documento incluye una lista bastante exhaustiva de las contraindicaciones demostradas del proceso y los posibles efectos secundarios que podrían surgir. La finalidad del tratamiento es la maduración de varios folículos, dentro de los cuales están los ovocitos. Los ovocitos se extraen mediante punción ovárica y aspiración de los folículos, en un procedimiento llamado laparoscopia por vía vaginal que incluye el visionado ecográfico de todo el proceso.

El contrato menciona que puede haber un período de convalecencia tras la intervención que puede implicar baja laboral, el riesgo de pinchar un intestino durante la punción ovárica, los síndromes de hiperestimulación ovárica, la posible laceración de la

cápsula ovárica o la formación de hematomas por la punción accidental de vasos pélvicos. En contraste con el contrato, los informes del SEF todavía parecen más sesgados: no constan las hospitalizaciones por torsión ovárica, ni las infecciones de abdomen y peritoneo (poco frecuentes, solo en un 0,3 a 0,5 % de los casos).

El texto del contrato también advierte de posibles riesgos físicos y psicológicos leves —lo que muchas donantes describen como una regla multiplicada por diez y las alteraciones que eso supone— y del derecho de la clínica a cobrar a la donante el coste de las exploraciones y el tratamiento en caso de abandono voluntario. En negrita constan las recomendaciones de no fumar ni mantener relaciones sexuales y se declara que donar óvulos no atenta contra la preservación de la fertilidad de la mujer. Es posible que muchas mujeres se negaran a donar si no se especificara de manera visible que la donación no afecta la maternidad futura, pero en cualquier caso se subraya esta cuestión y no otras más ligadas al bienestar inmediato de la mujer. Otras palabras en negrita aparecen en los pasajes que especifican que la donante se compromete a decir la verdad sobre todos sus antecedentes familiares: «[…] la mujer que pretende dar ovocitos deberá facilitar con absoluta veracidad los datos que le sean solicitados sobre antecedentes personales y familiares».

También se pide que la mujer autorice todos los análisis complementarios necesarios, entre los que se encuentra la prueba genética. El contrato gratuito otorga un gran peso a la palabra y la honestidad de la donante, sobre quien recae la responsabilidad de decir la verdad: esto en parte es así porque ciertas enfermedades mentales que pueda padecer —lo sepa o no— no aparecen en el cariotipo.

Sorprende que el contrato incluya un espacio donde se supone que debe firmar la pareja de la donante. ¿Qué pinta esta casilla en un contrato privado entre una persona mayor de edad y una clínica privada? Es lógico que los contratos que las mujeres receptoras que se someten a una
FIV-ICSI
con semen de su pareja necesiten el consentimiento y la firma de él, que estará directamente implicado en la creación de un embrión; pero la donación de óvulos no afecta a la hipotética pareja de la

donante y, por lo tanto, no tiene cabida en el contrato.

Toda mujer mayor de edad puede someterse a un tratamiento de reproducción asistida siempre y cuando haya presentado su consentimiento de manera voluntaria y que el embarazo no suponga un riesgo para su salud. Sin embargo, la misma ley de reproducción asistida dice que las mujeres casadas que quieran someterse a la reproducción asistida deberán hacerlo con el consentimiento del marido.

El contrato especifica que, en caso de que se recuperen un número elevado de ovocitos como consecuencia de una alta respuesta a la estimulación ovárica, los ovocitos se destinarán a más de una receptora. Acto seguido se explica que la información referente a la cantidad de ovocitos es confidencial y que la donante no conocerá ningún detalle sobre el procedimiento. A Zaida le dijeron cuántos óvulos le habían extraído, pero no fue así con todas las donantes consultadas. En cualquier caso, tal y como dicta el contrato de la Dexeus que tomamos como ejemplo —que no debe diferir mucho de la mayoría de los contratos gratuitos de ovodonación— ninguna de las donantes entrevistadas en clínicas diferentes no sabía nada de los embriones ni de las criaturas creadas, nacidas o no, a partir de sus ovocitos. Más adelante, el contrato dice que las receptoras y sus hijos sí tendrán derecho a consultar información sobre la donante, siempre y cuando no incluya su identidad. La donante no tiene derecho a saber cuántas criaturas han nacido a partir de sus óvulos, y, por lo tanto, entre otras cosas no puede saber si ya ha superado o no los seis hijos nacidos que el mismo contrato —siguiendo la ley— establece como límite máximo para cada donante. Una donante puede saltarse la ley de los seis hijos nacidos sin ni siquiera saberlo, porque, una vez realizada la punción y la extracción, los ovocitos pasan a ser propiedad de la clínica. El contrato, dice:

> *El número máximo de hijos nacidos en España que pueden ser generados con gametos de un mismo donante no deberá ser superior a seis. A los efectos de mantener efectivo este límite, los donantes deberán declarar en cada donación si han realizado otras previas, así como las condiciones de estas, e indicar el momento y el centro en el que se hubieran realizado dichas donaciones. A partir de la entrada en funcionamiento del Registro*

Nacional de Donantes, la comprobación de dichos datos podrá hacerse mediante consulta al registro correspondiente.

Este contrato fecha de 2018 y prevé la entrada en funcionamiento del Registro Nacional de Donantes, y confía en que cuando exista se podrá comprobar que la información aportada por las donantes es cierta. No se podrá comprobar ningún dato anterior a la creación del registro, porque los datos sobre la identidad de las donantes solo constan en los archivos de las clínicas donde hayan donado y, ahora mismo, ningún organismo externo puede estar al corriente de cuántas veces ha donado óvulos una misma mujer. El contrato también incluye un espacio en el que la donante debe exponer si ha donado antes, dónde lo ha hecho y en qué condiciones. Zaida completó este espacio, aunque ya había donado en otra clínica con anterioridad, y nadie puede comprobarlo ni le ha reclamado nada. En la práctica, la cantidad de veces que una misma mujer ha donado no puede comprobarse más allá de creer en su palabra, y todavía es más difícil saber cuántos niños han nacido de una misma donante: sabemos que la mayoría de ovocitos que se obtienen de una donación no terminan en bebé porque se dañan durante el proceso de convertirse en embrión, pero ni la misma mujer sabe a cuántos niños ha contribuido con una sola donación: con suerte solo lo saben los embriólogos y los ginecólogos.

El documento establece que la donación solo será revocable en caso de que la donante los necesite más adelante y todavía estén disponibles, y se deja bien claro que si la donante reclama sus ovocitos: «Se le podrá exigir que esta reembolse los gastos de las exploraciones y tratamientos que se hubieran derivado». Esto implica que la donación es voluntaria y altruista pero que la clínica no se arriesga a perder dinero. ¿Cuánto dinero debería pagar, la donante reconvertida en paciente, para recuperar sus óvulos? Podemos suponer que el coste de años de crioconservación y el dinero que la clínica habría recibido en caso de que quien hubiera utilizado los ovocitos donados y pagado por un ciclo (o dos, o tres) de fecundación *in vitro* fuera otra mujer.

Aunque las dos donantes entrevistadas que fueron madres pudieron serlo de manera natural, algunas fuentes apuntan que los tratamientos hormonales de donación conllevan un riesgo de sufrir una menopausia precoz[55] que podría dificultar el embarazo

natural: si este fuera el caso, las donantes reconvertidas en aspirantes a madres deberían pagar una suma desconocida, pero bastante alta, por unos gametos donados «voluntaria y gratuitamente» tiempo atrás y congelados para la creación de embriones con fines reproductivos y comerciales. En caso de que la donante abandone a medias el tratamiento, la clínica también podrá exigir legalmente los gastos del ciclo hormonal. Recordemos que Zaida estaba indispuesta el día de la segunda punción y una de las suaves amenazas que recibió fue que si no accedía a pincharse debería pagar la medicación que le habían administrado.

Andrea, comenta:

> *Me hace gracia que digan que el máximo de hijos creados a partir de óvulos de la misma mujer es seis. Con una sola punción yo saqué veintiún óvulos, de los cuales trece eran maduros y se inseminaron, ocho maduraron y cinco llegaron a embriones en fase 5.*

Una bioética de la reproducción asistida

¿Existe la libertad de vender partes del cuerpo? El filósofo Immanuel Kant argumentaba que no, que una persona no puede ser objeto y sujeto a la vez[56] y que, por lo tanto, no debería poder vender ni un diente, que era el único órgano que en tiempos de Kant se podía vender (sin morir). La legislación y los acuerdos internacionales van en la misma dirección, pero hoy en día podemos vender partes del cuerpo humano mucho más valiosas y significativas que una muela del juicio. De 1988 hasta hoy, la legislación reproductiva española se ha relajado cada vez más, tanto en la gratuidad, enmendada ya en 1998, como por la posibilidad de investigar con embriones: la ley 14/2007 de investigación biomédica[57] especifica que el tratamiento jurídico de estos nuevos problemas no se adecua a exigencias científicas ni morales estrictas.

Según Cambrón Infante, hay dos posicionamientos contrarios acerca de las consecuencias de las aplicaciones de la biotecnología en España. Andrés Ollero, catedrático de Filosofía del Derecho,

afirma que no deben permitirse buena parte de las aplicaciones de la biotecnología, y lo hace desde una posición religiosa: equipara los embriones a los seres humanos adultos y sentencia que la reproducción asistida es inaceptable. Una perspectiva moralmente tan estricta nos obligaría a posicionarnos también en contra del aborto, porque, en definitiva, deja las cuestiones sobre la vida humana y el nacimiento en manos de Dios, y, por lo tanto, del azar. La posición contraria, como por ejemplo la de la catedrática de Filosofía del Derecho Marina Gascón y la del doctor en Filosofía del Derecho Pablo De Lora parte del argumento de la libertad individual, la misma premisa que vertebra el neoliberalismo y que es tan atractiva como simplista. El problema del argumento neoliberal es que se basa en la oferta y la demanda, pero obvia las consecuencias de estos tratamientos sobre la salud de las personas implicadas, en especial de las donantes.

Las clínicas ofrecen a las donantes información acerca de los riesgos y el procedimiento, y las acompañan más o menos durante el proceso en función de cada centro. A pesar de la profesionalidad de muchas clínicas y la buena voluntad de los embriólogos entregados a la causa de la reproducción, como Enric Güell, Júlia Cura o Pere Barri, los bancos de óvulos no dejan de trabajar como una empresa extractiva, con publicidad edulcorada que equipara la donación con la «sororidad». Es cierto que en los últimos tiempos hay una tendencia a que los tratamientos hormonales sean menos agresivos, sobre todo en los casos de las mujeres que recurren a la clínica no por un problema de baja reserva ovárica ni de esterilidad sino por falta de pareja masculina o porque quieren ser madres con una pareja femenina. Olga y Araceli lo comentaban en relación a una amiga que se sometió a una estimulación de baja intensidad, pero continuada durante varios meses. En esta misma línea, una clínica de Madrid, Minifiv[58], ofrece tratamientos de baja hormonación —y un menor coste— bajo la promesa de que el resultado será el mismo que en el resto de clínicas.

La periodista Silvia Nanclares, también madre por ovodonación como su colega Samanta Villar, contaba en un artículo en *eldiario.es*[59] las contradicciones que le supuso someterse a un tratamiento reproductivo:

De nuestra donante solo sabemos la edad y el grupo sanguíneo. En la clínica nos dijeron que venían muchas universitarias, de facultades donde a veces ponen publicidad. Y feministas universitarias se los arrancan. Yo hace años hubiera arrancado esos carteles. Ahora me veo comprando una camadita de óvulos y un millón de contradicciones.

La psicóloga clínica Maribel Fernández contaba casos similares con algunas pacientes suyas que habían sido madres por ovodonación, porque cuesta hacerse a la idea de que las jóvenes universitarias ofrecen sus óvulos solo por altruismo, como si no tuvieran bastante trabajo y sueños que cumplir, como una carrera profesional de éxito y una hipotética maternidad, por ejemplo.

Por lo que viví de primera mano en mi primera visita a la clínica como aspirante a donante y por lo que me han contado las donantes de óvulos, cuando una candidata visita una clínica de reproducción asistida se relativiza la frecuencia de los casos de hiperestimulación ovárica, no se mencionan las posibles dificultades posteriores para conseguir un embarazo natural ni —todavía menos— las hipótesis que relacionan los estimulantes ováricos con el incremento de posibilidades de sufrir cánceres en el aparato reproductivo. La periodista Jane E. Brody publicaba un artículo en el *New York Times* **[60]** acerca del caso de varias donantes reincidentes —estudiantes universitarias en el momento de donar— que habían muerto en la treintena por cáncer de colon y de mama sin tener antecedentes familiares. Lo denunciaba la madre de una de ellas. La cuestión de fondo es que se desconocen las consecuencias que la donación tiene en la salud de las donantes a largo plazo porque no hay un seguimiento de estas mujeres a lo largo de su vida años después de haber donado.

Todo para la madre (pero sin la madre)

Andrea se quedó de piedra cuando en la clínica le dijeron que el problema grave de esterilidad de su pareja masculina quizás no era el único que tenían. Nos lo cuenta:

Me dijeron que todo había ido bien pero que en vez de

diecinueve óvulos había desarrollado veintiuno. Yo contenta, porque «cuantos más, mejor». Me dicen que me darán pastillas para evitar la hiperestimulación. Volvemos a la clínica, me hacen una ecografía y me encuentran líquido en los ovarios. Me dicen que no me puedo agachar y que debo guardar reposo porque tengo mucho líquido en los ovarios y hay riesgo de torsión ovárica. Los primeros días tras la punción estuve bien, pero los óvulos me los habían extraído el martes y el sábado ya estaba en urgencias. Me dijeron que volviera al día siguiente, en ayunas. Me hicieron firmar una autoización en caso de anestesia. Mi pareja preguntó qué sentido tenía firmar por una anestesia que no necesitaba. El médico reconoció que sí, que debían intervenirme. Me sacaron

300 ml

de líquido y me dijeron que no era mucho, que habían llegado a sacar un litro. Vuelvo a la clínica al día siguiente y me dicen que todavía tengo los ovarios demasiado grandes. Hiperestimulación. En todo momento dicen que es «precoz», pero es hiperestimulación. Me aplazaron la transferencia de embriones y los tuvimos que congelar.

Se sintió culpable, como una mala candidata a quedarse embarazada a pesar de su juventud. El proceso le pareció muy alejado de la mínima conciencia sobre el género y el feminismo. Más allá de su percepción y juicio personales, sin embargo, está la cuestión de las anestesias y las intervenciones de las que no les habían advertido. El hecho de que le sugirieran firmar un documento de anestesia en vez de decirle que había que operarla para extraer más líquido es bastante significativo del trato infantil que recibió. Es frecuente que, sobre todo las donantes, pero también las receptoras o pacientes que quieren ser madres sepan poco sobre los tratamientos a los que se someten, y mucho del conocimiento sobre estas cuestiones lo obtienen a base de ciclos fallidos y visitas a otros especialistas. Muchas donantes no saben casi nada de lo que implica la punción, porque la explicación de la primera reunión con la ginecóloga no compensa el desconocimiento de la población general sobre la anatomía reproductiva y sus posibles alteraciones.

Andrea prosigue con su caso:

Decidimos pedir una segunda opinión, porque no sabes si te están diciendo toda la verdad, si se han equivocado en algo que

está complicando tu estado de salud. Fui a mi ginecóloga y me dijo que tenía los ovarios más grandes de lo habitual y con líquido pero que había visto casos peores. Me tranquilizó y me dijo que es habitual en la hiperestimulación ovárica, que no pasa muy a menudo y cuando pasa se explica poco.

Andrea se vio obligada a congelar los embriones: no se pueden transferir embriones a una mujer con síndrome de hiperestimulación ovárica sin poner en riesgo su vida. Congelar es necesario después de sufrir el síndrome, pero también tiene otra faceta: en el caso de Andrea el dinero no era un problema, pero ya hemos visto que congelar y descongelar embriones tiene un coste extra con el que no contaban. Por otra parte, aunque la mayoría de los estudios científicos, como ya se ha dicho, concluyen que las nuevas técnicas de congelación están muy perfeccionadas y no ocasionan problemas a los futuros bebés, la pareja se siente un poco insegura respecto a la calidad de sus embriones una vez descongelados para la transferencia.

La concepción asistida implica una fuerte dependencia del seguimiento del ciclo, y las mujeres que quieren ser madres pueden perder el control de las decisiones sobre su propio cuerpo. Olga y Araceli, que acabaron por recurrir a terapias complementarias centradas en la dieta y el bienestar físico de la receptora, lo cuentan así:

Durante los primeros intentos decíamos amén a lo que nos decía cualquier doctora, aunque no fuera la nuestra, y esta vez dijimos que no. No tienes el ginecólogo de guardia, porque tienes que ir en festivos, etcétera. La primera vez una ginecóloga de guardia nos dijo que paráramos el tratamiento, y lo paramos, pero a medida que acumulábamos ciclos fallidos aprendimos a intervenir.

La legislación española prevé sanciones a quien efectúe estas técnicas en contra de la voluntad de las mujeres implicadas, sean donantes o receptoras, pero en caso de consentimiento no se prevé ninguna sanción para las clínicas que cometan negligencias. Cambrón Infante dice así:

Se trataría de una intervención médica de fines —lo que estrictamente no es el caso— y por lo tanto asentada en el

consentimiento explícito de las afectadas (Art. 155 del Código Penal). Se diría entonces que la intervención es solicitada por la paciente en pleno ejercicio de su libertad, lo que permite a cualquier individuo enfrentarse a sus consecuencias y posibles riesgos derivados de la adopción de determinados modos de vida, en donde las prácticas de riesgo que alguien utiliza solo tienen la limitación de la no causación de daños a terceros.

Se considera que tanto las donantes como las receptoras son mujeres adultas que se exponen a todas las posibles consecuencias de los tratamientos de reproducción de manera voluntaria por medio del contrato firmado sin presiones; bueno, son adultas que, como ya hemos visto, todavía dependen de que su pareja —si tienen — firme el documento.

En *Fecundación* in vitro. *Agresiones al cuerpo de la mujer*, Cambrón Infante apunta que si el estado da vía libre legal a las mujeres que quieran arriesgar su vida para ser madres también debería contemplar la penalización de las posibles negligencias médicas o accidentes durante el proceso. Cambrón Infante lleva la cuestión al límite: el derecho a la maternidad asistida pasa por encima del derecho a la integridad física de las mujeres que se someten a estos tratamientos. Estas mujeres tienen tanto derecho a ser madres como la posibilidad de sufrir negligencias médicas en el intento. En caso de negligencia médica, según los profesionales las reclamaciones requieren paciencia y dinero y no son sencillas.

Cambrón Infante dice:

La norma que regula el acceso a las TRHA introduce una «permisión» que autoriza a la mujer a utilizar ese recurso médico si así lo necesita. También se ha analizado el contenido prescriptivo de la norma que obliga a la autoridad a cumplir con el deber correlativo con ese derecho reconocido a las usuarias. Pero se trata de un deber que la autoridad cumple solo en su aspecto material, proporcionando los medios necesarios (instalaciones y equipos profesionales) que posibilitan abstractamente la satisfacción del derecho reconocido. Por el contrario, la obligación de la autoridad queda insatisfecha o fallida en la adopción de medidas que garanticen suficientemente la vida y la salud de las mujeres que se someten a esos medios terapéuticos. Dicho de otro modo: ellas carecen del amparo institucional suficiente para exigir el cumplimiento de la

obligación de la autoridad respecto al derecho subjetivo a la integridad y a la vida. En todo ello se manifiesta, pues, que para la autoridad y para otros poderes fácticos el fin (la maternidad) justifica los medios, aunque estos puedan ocasionar graves riesgos para la vida e integridad de quienes optan a esos métodos de superación de la infecundidad. Este proceder manifiesta una paradoja frecuente en cuestiones de género cuando se dice que la mujer dispone de un derecho a la maternidad. Pero lo que realmente se oculta es una imposición: que ellas tienen la obligación de parir, de prolongar la especie, aún a costa de perder su salud y su vida **[61]**.

La zona gris de la donación remunerada

Las indemnizaciones de las donaciones no remuneradas dan lugar a situaciones en las que la utilidad del dinero se hace evidente.

Es el caso de María:

> *Me había marchado de casa para no volver. Llevaba años deseando irme de casa de mi madre, y el año anterior lo había pasado entre casas de amigos y padres de amigos. La idea de estar atada en casa de mi madre me resultaba insoportable. El alquiler que pagaba era muy barato; había pagado la primera parte del máster por adelantado, pero me faltaban 1000 euros para pagar la segunda: por eso doné. Desde el principio, lo que hizo que me decidiera fue que no me suponía ningún dilema moral donar óvulos a alguien que pudiera tener hijos, me parecía que todo el mundo ganaba. Luego, con los años (entonces ya lo intuí, pero me lo quité de la cabeza porque estaba metida de lleno en la donación y porque tenía 21 años), me hubiera gustado poder hacerlo sin pedir dinero a cambio y por alguna mujer que no se lo pudiera permitir. No me parece bien contribuir a que solo pueda ser madre quien lo puede pagar. No me parece bien que el mercado llegue hasta ahí. Eso fue lo que más me dio que pensar.*

No se puede menospreciar el argumento liberal sobre la compatibilidad entre cobrar por un sacrificio y hacer el sacrificio por altruismo. La línea es siempre conflictiva y dudosa, pero es paternalista pretender que todas las donantes están demasiado alienadas para poder tomar decisiones sobre su propio cuerpo, y es

ingenuo acusar a las clínicas de ofrecer un servicio que reclaman muchas mujeres que han perdido el tren de la maternidad natural o que sufren infertilidad congénita. Por qué lo reclaman y en qué condiciones lo hacen y qué implica esto para los terceros —las donantes, las criaturas nacidas de estos procesos— es lo que debería hacernos replantear el auge de la reproducción asistida, el sistema médico privado que la alimenta y la legislación pretendidamente humanista que sostiene al sector en Europa.

Hay formas de hacerlo sin tener que renunciar al progreso científico y al margen de libertad individual que este puede ofrecer a las personas, pero conviene pensar en ello: no puede ser que la ausencia de una pauta moral religiosa convierta la maternidad en una versión distópica de lo que ha sido siempre, una obligación social y una fuente de castraciones y frustraciones, más que de revelaciones místicas. En el debate entre cultura y naturaleza, la verdad última es que, al margen de la ideología personal, muchas mujeres insistimos en el deseo mayoritario de gestar y parir criaturas, porque podemos y porque queremos seguir haciéndolo, a pesar de todo.

Los testigos de la mayoría de las donantes muestran que el argumento más unilateral sobre la desigualdad social y las receptoras ricas de mediana edad que se inseminan con la ayuda de mujeres pobres jóvenes y desinformadas requiere matices. Las receptoras no siempre son ricas ni están tan bien formadas, sino que la mayoría ahorran o se endeudan para someterse al tratamiento; algunas son extranjeras analfabetas que vienen de la mano del marido, avergonzadas por no haber podido concebir cuando esta era la única tarea que creían que se les había asignado en la vida. Por otra parte, algunas donantes actúan empujadas más para ganarse un sobresueldo que por una cuestión de estricta necesidad: no es el caso de María, que necesitaba el dinero para pagarse los estudios, o de Tania. Pero Zaida, por ejemplo, la primera vez lo hizo para disponer de más dinero para irse de vacaciones; la segunda vez lo hizo porque ya sabía que era una manera de conseguir dinero fácil y porque pasaba por un momento emocional y económico difícil.

Tania donó óvulos para poder pagar la fianza del alquiler de un piso, y su caso parece validar la relación indirecta entre crisis

económica, falta de vivienda y reproducción: el paro —o los trabajos precarios— y las dificultades para acceder a una vivienda no solo obligan a las mujeres a postergar la maternidad, sino que pueden empujar a las jóvenes a recurrir a la donación de óvulos. Elvira y María dieron óvulos para conseguir independencia económica de sus padres; Zaida y Clara, para complementar su sueldo, y también Gema. María, Clara y Gema no tenían ningún problema moral, y en parte les parecía una manera generosa de obtener unos ingresos extra. Carla, la más joven y, con respecto a las donaciones, la que mostraba unas motivaciones más altruistas, la primera vez lo hizo para complementar el sueldo, pero repitió el proceso de donación una segunda y una tercera vez por afinidad con el personal de la clínica que le ofreció volver a colaborar con ellos y también empujada por la idea de contribuir a la maternidad de otras mujeres: sin cobrar y sin anonimato, dice, también lo hubiera hecho. Tania nos ofrece un punto de vista muy claro:

> *¡Me parece algo tan parecido a la prostitución! Las prostitutas tienen todo mi respeto, pero para mí esto está muy cerca de la prostitución. No está bien. Yo soy abolicionista. Hay una fuerza mayor que se apodera de tu cuerpo, y no está bien que te lo pinten como te lo pintan: «Estás ayudando a familias». ¿Qué familias? ¿Familias acomodadas? No puedo hablar desde la racionalidad. Pienso: patriarcado, patriarcado, patriarcado. No conozco a nadie a quien la donación le haya ido de maravilla, y eso que una conocida donó sin pensar en el dinero, solo para «ayudar a familias». No sé quien disfruta de esta experiencia. Que se vayan a la mierda, que adopten. No puedes utilizar el cuerpo de otra mujer para llevar un hijo en tu barriga. Ahora mismo no donaría, es una tontería. Pero la Tania de entonces… Cuando lo hablo con gente enseguida me doy cuenta de cómo me afectó. Yo no recurriría a la donación de óvulos. Si no puedo ser madre no pasa nada. Hay que cambiar esto, no pasa absolutamente nada. ¿A cambio de qué, ser madre? ¡Hay muchos niños! A cambio de concebir… ¡Hay tantas cosas que me parecen mal! Entiendo que haya mujeres que quieren ser madres y son mayores, pero creo que es un error de base.*

La donación no afecta psicológicamente a todas las mujeres por igual, porque la posición ideológica desde la que hablamos también condiciona la experiencia de la intervención médica y de cómo la

recuerda cada una. Aunque Clara, después de donar, estuvo ingresada una semana en la UCI por un caso de hiperestimulación extrema, está a favor de la donación y admite que si no hubiera podido ser madre de manera natural ella misma se habría planteado someterse a una fecundación *in vitro* con óvulos donados. Gema no guarda un buen recuerdo de la donación pero no se arrepiente de haberlo hecho, aunque a diferencia de Clara tiene una actitud diferente respecto a su posible condición de receptora; afirma que, en caso de haber sido estéril, ella habría aceptado que ser madre no le corresponde.

4. Conclusiones

Un mercado regulado de gametos

Martí Jiménez es director de investigación del Instituto Ostrom, un *think-tank* liberal con sede en Barcelona: allí trata cuestiones de política pública. Tiene formación en ciencias biomédicas y cursa un Máster de Farmacología en la Universidad
King's
College de Londres. Ha trabajado en investigación biomédica en el sector farmacéutico. Está orientado a la industria, y en una de las charlas que protagonizó en el Ateneu Barcelonès defendía la compraventa de órganos y otros elementos como la sangre, la médula o los ovocitos. Según él, la contraprestación económica no debería entrar en contradicción con el altruismo, agrega que los tiempos están cambiando y lo que antes estaba mal visto ahora no lo está. Hace mucho tiempo los cantantes de ópera no cobraban, dice, porque se consideraba que la ópera era un género demasiado elevado para ponerlo en venta: ¿pero podemos comparar la venta de un talento con la venta de una parte del cuerpo? Dice Jiménez:

> *Si consideramos que una interacción humana es éticamente aceptable, el hecho de introducir una compensación o incentivo económico no le quita el carácter ético a la relación. La cuestión de las donaciones de plasma, trasplante, órganos, óvulos. Cada uno de estos debates tiene su contexto. En el caso de la donación de óvulos en España es diferente analizar todo lo concerniente con la contraprestación económica en sí misma. Hoy en España se regula mediante baremos de compensación por las molestias, los gastos, el dinero que deja de ganar la donante mientras dona… Pero no hay una contraprestación económica oficial y la línea entre compensación y contraprestación es borrosa. Luego está otro*

debate más enfocado al ámbito de la salud pública: es necesario un registro centralizado que funciona como base de datos de las donantes y que una donante no pueda donar más de seis veces; la cuestión del anonimato y de si prevalece el derecho a conocer los propios orígenes del menor o el derecho de la donante; temas de genotipado para enfermedades recesivas que no se podían identificar, etcétera. Es un aspecto de salud pública, ya sea por protección de los intereses de la donante o de los del menor. Son cuestiones adicionales, pero el debate de la contraprestación afecta también a otros temas.

Hay críticas muy razonables hacia las circunstancias de la relación: quién puede vender y quién no. Se podrían excluir determinados perfiles de renta para evitar una asimetría en la distribución de recursos entre una mujer que solo lo hace por dinero; se puede criticar en qué circunstancias, donde, quién, cuando: temas más circunstanciales. ¿Pero cómo fijamos el límite entre lo que se puede vender y lo que no? Si no hay perjuicios, ni una importante asimetría de recursos, ni vulneración de derechos… La cuestión es si analizamos la contraprestación en sí misma o si analizamos en qué circunstancias se produce. Los Estados Unidos exportan el 60 % del plasma mundial. En Canadá se está discutiendo la introducción de contraprestaciones económicas de las donaciones de sangre: hay un bien escaso y los gestores se plantean cómo incentivar la donación; con un incentivo económico obtendrán más sangre. El debate debería ser si hay razones suficientemente fuertes como para prohibir que haya un mercado o un incentivo económico. Argumentos de peso serían que alguien solo lo hiciera por dinero y necesidad o por un tema de vulneración de los derechos de los donantes en caso de que se les obligue. Pero si no hay una cuestión que se pueda definir, la mayoría de los argumentos en contra de estas contraprestaciones económicas son lo que yo llamo semiótica, críticas que se refieren a que este incentivo económico simboliza o expresa algún tipo de actitud perversa. ¡Si cada vez que yo hiciera una peineta se curara un niño con tumores, a la mierda la convención simbólica! Cuando se habla del derecho a la paternidad subrogada se habla del derecho de los receptores y es cierto que no hay un derecho positivo como el derecho a la vida: tú tienes derecho a vivir, pero no tienes derecho a ser padre o madre. Lo que sí hay es el derecho a la no interferencia: nadie me puede impedir tener hijos. Yo cuestiono aquella gente que es muy crítica con las contraprestaciones, y esto es una convención cultural que ve el dinero como un elemento negativo: las

circunstancias son contingentes y se podrían regular. ¿La publicidad de la donación es competitiva y agresiva? ¿Donan las mujeres pobres? ¿Falta un registro? Todo es cuestión de reglamentar.

Las transfusiones de sangre forman parte del día a día de la medicina, pero la reproducción cae dentro del terreno del deseo de maternidad y del lucro de ciertas empresas farmacéuticas y de muchas clínicas. Muchos pacientes necesitan sangre para poder vivir y todos tenemos derecho a ello, pero no a ser madres y padres a pesar de nuestra edad avanzada o nuestra anatomía. Allí donde termina el derecho a vivir empieza el terreno del deseo que, además y en un sentido estricto colisiona, en el caso de la reproducción asistida, con el derecho de terceros: el deseo a la maternidad de las usuarias que crean embriones in vitro *con óvulos donados para transferirlos choca con el derecho a la vida de los embriones sobrantes de la reproducción asistida, congelados hasta la destrucción o hasta que alguien acceda a pagar la descongelación y a gestarlos. En el argumento de Jiménez, la solidaridad de la persona donante es compatible con la remuneración al margen de que el receptor necesite la donación para vivir o solo la desee para acceder a un estilo de vida. Habría que ver si la reglamentación adecuada de la ovodonación que él plantea sería compatible con la demanda de óvulos, lo suficientemente alta como para llenar de anuncios las redes sociales de las chicas en edad de donar.*

Un cantante de ópera que cobra entrada vende su talento, una cualidad que él tiene como sujeto. Escuchar ópera no es una cuestión de vida o muerte, y la ópera se paga para disfrutarla o para lucir estatus. Quien ofrece ópera es un sujeto. Una mujer capaz de producir muchos óvulos maduros o un donante de sangre, en cambio, no ofrecen su fuerza de trabajo ni su talento: se ofrecen a sí mismos, una parte de lo que son. Esto los sitúa un escalón por debajo del cantante de ópera, porque el cantante es un sujeto y el donante actúa y se percibe como un objeto. En el caso de la donación de óvulos, el objeto de donación o venta no sirve a la función de salvar una vida y, por lo tanto, ofrecerlos no tiene el mismo valor ético que ofrecer un riñón a alguien que lo necesita para sobrevivir. El hecho de que las donaciones de gametos solo formen parte de la sanidad privada todavía nos aleja más de la solidaridad y nos acerca más al mercado, que es lo que propone Jiménez: un mercado regulado de gametos que ya no use el subterfugio del altruismo y mercadee abiertamente con

óvulos y embriones —y, por supuesto, con vientres de alquiler—, además de un registro común a todas las clínicas.

En el proceso que va de la donación de óvulos al nacimiento de hijos por ovodonación los cuerpos de las mujeres se convierten en un espacio de intervención. Todas las donantes entrevistadas usaron su cuerpo como fuente de ingresos, en algunos casos incentivadas por la clínica, que las llamó una y dos veces tras haber constatado que «eran muy buenas donantes» y de felicitarlas por serlo, como si la calidad ovárica pudiera mejorar con el esfuerzo y la dedicación. La comparación con la prostitución no es rara, porque ambos fenómenos plantean cuestiones sobre la libertad de vender nuestro propio cuerpo. La libertad sería no tener que vender lo que nos es propio y nos constituye como humanos, y de ahí que las donaciones de óvulos sean altruismo y no una venta.

Martí Jiménez plantea: ¿si hay demanda de óvulos, por qué no venderlos? ¿Por qué no mercantilizar el cuerpo? Una posible respuesta sería que la donación de óvulos agrede los cuerpos y la psique de las donantes y de las receptoras —aunque unas y otras hayan escogido, con más o menos información veraz previa, someterse a estos tratamientos—, y porque pasa por alto ciertos derechos básicos de los nacidos. Si nos mantenemos fieles a este argumento, el derecho a la vida debe pasar por delante del derecho a vender tu cuerpo —la estimulación ovárica, la extracción— o modificarlo para vivir mejor —lograr la gestación y la maternidad a pesar la contradicción de no ser madre genética. Jiménez apunta bien en una dirección: un mercado regulado de gametos podría revertir en la economía estatal vía impuestos y podría garantizar que ninguna mujer convierta sus óvulos en un modus vivendi*, con todas las consecuencias para su integridad física que conlleva. En cualquier caso, sin suficientes regulaciones las donaciones de óvulos seguirán siendo una venta encubierta que expone a la proveedora a ser un mero objeto y a los riesgos innecesarios de la hiperestimulación y la torsión ovárica.*

Algunas propuestas

La antropóloga Diana Marre, comenta:

No tengo ningún problema ético, moral ni religioso con

> *la donación. El primer problema es que las mujeres donen y se enriquezcan las clínicas. El segundo problema es que no existe la posibilidad de donaciones no anónimas. Es una cuestión de Derechos Humanos de los niños y las niñas que nazcan de ovodonación. Y la verdad es que casi nadie les dice a sus hijos que provienen de gametos donados. Puede que estas personas no quieran conocer la identidad de su progenitora biológica, pero, si quieren, tienen derecho a saberlo.*

Crear el registro efectivo que la ley ya prevé permitiría garantizar que las mujeres no ofrecen sus óvulos a cambio de dinero más de tres veces en su vida. En caso de negligencia en el control genético, además, se podría trazar cuántas criaturas corren el riesgo de sufrir ciertas enfermedades. Debería funcionar a escala local, estatal y de la Unión Europea, incluyendo alguna legislación comunitaria para abordar la cuestión de las donaciones de óvulos y de la reproducción asistida y sus sombras en todo el continente. El registro sería un acto de transparencia y datos abiertos, preservando el anonimato de las donantes hasta la mayoría de edad de los nacidos de sus óvulos, o de su esperma en el caso de los hombres.

Por el bien de las personas nacidas, los hijos mayores de edad de la reproducción asistida con óvulos y esperma donados deberían poder acceder a la identidad del donante, y decir la verdad a los hijos nacidos a partir de los gametos de otras personas debería ser obligatorio para garantizar sus derechos, y deben poder elegir si quieren conocer a sus progenitores genéticos o si prefieren no hacerlo. Esto implica que no sea necesario inseminar una mujer con un embrión que se le parezca, aunque sería deseable que se priorice el fenotipo para evitar caer en la banalidad de elegir cómo son los hijos: el color de la piel, el pelo, la altura, el sexo o el color de ojos.

Como el anonimato, el contrato de ovodonación debería cambiar. Hoy todavía se refiere a la posible pareja de la donante, un lastre de los tiempos en los que las mujeres eran tratadas legalmente como menores de edad y bajo la tutela del marido. No tiene ningún sentido referirse a la pareja de la donante, porque a diferencia de lo que sucede con los embriones, los óvulos solo son suyos. El contrato no debería ser de gratuidad, y la donante debería poder echarse atrás a medio ciclo de ovodonación sin penalización económica. Por ley no se puede coaccionar a una pretendida donación, como tampoco se puede, en principio, vender ninguna parte del cuerpo —de ahí la hipocresía europea de

permitir un mercadeo disfrazado de solidaridad. ¿Por qué no hablar de venta de óvulos y esperma, con facturación e impuestos, si añadimos la posibilidad de desandar el proceso? Implicaría aceptar de facto *la mercantilización de la vida y la reproducción, pero sería una vía para tratar a los y las donantes — sobre todo las donantes, por las complicaciones añadidas a las que se someten— como sujetos libres, legitimados a consentir y dejar de hacerlo cuando quieran. Si yo vendo un coche puede que no tenga derecho a echarme atrás una vez haya firmado el contrato, pero todo lo que atañe al cuerpo forma parte estricta de la identidad de la persona y debe seguir unas normas diferentes. Del mismo modo, una gestante subrogada debe poder quedarse con la criatura que ha gestado hasta el último momento, y es un riesgo que los compradores deben estar dispuestos a asumir. Solo el derecho a retractarse sin duras represalias económicas garantiza la libertad de la donante o la gestante; si no es así, la donante o gestante son poco más que un objeto y un espacio de intervención para el beneficio ajeno.*

Por los riesgos reales que suponen a corto y largo plazo y por el desconocimiento de sus efectos secundarios, la ovodonación debería incluir garantías de indemnización en caso de complicaciones y enfermedades. En caso de hiperestimulación ovárica o posibles futuras enfermedades vinculadas al aparato reproductivo, la clínica debería compensar a la donante en vez de asumir que ella se ha expuesto libremente a las consecuencias. Lo mismo con las receptoras de ovocitos o las mujeres que pasan por ciclos de reproducción asistida con sus propios óvulos: asumir que acceden a arriesgar su vida para tener descendencia de manera artificial es un abuso, y más aún cuando lo que empuja a muchas mujeres a pasar por la clínica para poder ser madres son cuestiones sociológicas. Las receptoras deberían someterse a pruebas psicológicas, no de manera circunstancial durante los ciclos fallidos, sino antes de iniciar cualquier proceso: traer criaturas al mundo debería ser menos importante que el bienestar de las usuarias.

Una técnica que todavía está poco desarrollada, aunque es mucho más segura, es la maduración de ovocitos fuera del cuerpo de la mujer. Si una mujer con endometriosis —enfermedad que, a veces, implica una maduración lenta de los óvulos— quiere ser madre preferirá que sea con sus óvulos, por poco que pueda. Con la maduración lenta fuera del cuerpo, lo podría hacer con sus óvulos sin exponer a otra mujer a los riesgos de la extracción de

óvulos. También se podría fomentar la congelación de estos óvulos en vez de promover las gestaciones con óvulos donados cuando ya es demasiado tarde: la congelación de los propios óvulos implica una autoexplotación, pero no la explotación de los cuerpos de otras mujeres más jóvenes y con menos poder adquisitivo. Tener hijos de óvulos propios congelados evitaría el duelo genético. La prevención de la esterilidad —como enfermedad social— pasa por concienciar a la población de las consecuencias de aplazar la maternidad. Si las usuarias son más jóvenes se pueden priorizar técnicas que requieran una menor o nula estimulación ovárica, como las inseminaciones artificiales —no in vitro*— con semen donado.*

Si, debido a una regulación más estricta, las reservas de óvulos son escasas, también se podría descongelar el excedente de un millón de embriones almacenados en las clínicas a la espera de ser utilizados para la investigación y transferirlos a las mujeres estériles, solteras o lesbianas que quieren ser madres. Fomentar la adopción de embriones promovería la perspectiva no genética de la maternidad, y no serían necesarias tantas donaciones ni la creación de nuevos embriones excedentes que, una vez congelados, generan más beneficios de almacenamiento a las clínicas que ningún otro beneficio. No es plausible que con los óvulos de las donantes se recurra al eufemismo «una forma de dar vida» mientras que los embriones naturales formados por las parejas sean «sus hijos». Así, el duelo que sufren las receptoras de embriones con óvulos donados y semen de la pareja masculina sería compartido, y los hombres también deberían asumir este duelo, el de concebir hijos sin su ADN. Si afirmamos que tener hijos está más relacionado con la crianza que con la genética debemos fomentar esta forma de hacer las cosas, sin subterfugios ni eufemismos.

Estas propuestas son imposibles de llevar a cabo sin ahogar al sector privado de la reproducción asistida y sin acabar con el turismo reproductivo en España: las donaciones no anónimas, como ya sucede en otros países, serían escasas, y las empresas privadas no arriesgarían a trabajar con donantes que pudieran echarse atrás sin consecuencias. Nadie vería con buenos ojos donar —de verdad, no a cambio de dinero— sus embriones y gametos a la sanidad pública para contribuir a la puesta en marcha de un banco de gametos público. Por otra parte, desde un punto de vista ético, las autoridades no deberían promover y favorecer las agresiones al cuerpo de la mujer, sino la

reproducción natural —o tan natural como sea posible—, es decir, cuando las mujeres son más jóvenes.

La maternidad a la intemperie

Ascensión Cambrón Infante, en Fecundación in vitro y agresiones al cuerpo de la mujer*, dice:*

> *Es más que probable que en todo proceso de reproducción artificial medie otro tipo de violencia, la simbólica —que envuelve en nuestra cultura todo lo relativo a la maternidad— y no solo la motivada por los deseos narcisistas en ambos miembros de la pareja. De todos es conocida la coerción sentimental, que es un tipo de violencia difícil de perseguir y castigar mediante el derecho positivo. Pero también por la carga de violencia simbólica que acompaña al discurso sobre la maternidad biológica en la cultura occidental tradicional. Se trata de un discurso que se ve reforzado en la actualidad cuando la baja tasa de crecimiento demográfico constituye una preocupación social. En estas circunstancias, se puede afirmar que la mujer que se somete a las técnicas de reproducción asistida se encuentra en una situación de «libertad relativa», porque las presiones sociales y psicológicas que la mueven a la búsqueda del hijo son constantes y variadas, pese a que en este punto la legislación es clara: nadie puede obligar a una mujer a intentar tener descendencia contra su voluntad.*

También es interesante lo que dice la antropóloga Diana Marre:

> *El retraso en la estabilidad económica funciona al margen de la biología. Además, la gente ya no se conforma con cualquier pareja, pero sigue creyendo que para tener hijos lo ideal es tener pareja, aunque no hay ninguna estadística ni nada por el estilo que lo demuestre.*

Tener un hijo no solo es un deseo individual surgido de la nada, también es la búsqueda de una identidad y un estatus. Las mujeres quieren ser madres. Recordemos las palabras de Lydia Davies: «hay que ser madre porque da miedo no haber sido madre». La reproducción asistida se ve como el último recurso para combatir este miedo. A veces no funciona, pero las mujeres lo prueban igualmente, en algunos casos hasta la extenuación

física y mental.

El discurso de la cura de la infertilidad hace que nos aferremos a lo que culturalmente se ha esperado de las mujeres desde los tiempos de Abraham, y la tradición ha pensado más bien poco en las madres solteras —y cuando lo ha hecho les ha complicado la vida. Mientras escribía este libro he dado una y otra vez con la cuestión del amor y del imperativo de la estabilidad de pareja. El colectivo LGTBI tampoco es una excepción, al contrario, se apropia y reproduce la fórmula de la familia nuclear. Lo más perverso de someterse a tratamientos de fertilidad por miedo a no alcanzar el estatus deseado: el de madre, que es el más aceptado. Una mujer mayor puede no haber sido madre, pero para la sociedad solo será aceptable a cambio de ser la gran líder de algo, de tener una carrera profesional brillante.

Las mujeres no deberían sufrir tanta presión para tener hijos; si deciden tenerlos, deberían cubrir las expectativas sociales sin jugarse la salud y el dinero. En última instancia, si la presión social somete a la mujer a la maternidad, las administraciones públicas podrían contribuir de manera activa y pasiva. Lo que hacen, sin embargo, es dejarlo en manos del sector privado, que prospera sin suficientes regulaciones y con el beneficio como principal objetivo.

Hemos matado al patriarca y apenas sí nos quedan hombres ausentes; siempre ha sido así, pero la versión moderna es una distopía de adolescencia eterna. Las relaciones no son lo que eran, muchos hombres no se responsabilizan de la edad que tienen sus mujeres —no parece que sean muy conscientes de ello— ni de su rol biológico: si ellos lo han olvidado, nosotras no podemos permitírnoslo. Mantenemos viva la esperanza de enamorarnos y ser correspondidas por un hombre dispuesto a engendrar y a acompañar en la crianza en pie de igualdad y corresponsabilidad, y encontrar esta pareja antes de los 35 años es un imperativo que no nos atrevemos a declarar públicamente y en voz alta. Las mujeres heterosexuales todavía no hemos aceptado que si queremos ser madres quizás debemos hacerlo cuando todavía somos lo bastante jóvenes, con o sin pareja, y no hemos entendido que esto nos liberará de la tecnificación de la maternidad y de la dependencia patológica al amor interesado. ¿Qué tipo de amor puede crecer bajo el rumor insidioso del reloj biológico?

Sería cínico cargar el peso del desengaño de la familia nuclear solo en los hombros de las mujeres. La cuestión es política y debe ir acompañada de medidas públicas que fomenten la maternidad

entre las jóvenes, no solo mediante subvenciones sino con buenos servicios de atención a la primera infancia y el fomento del acceso a la vivienda de las mujeres solas que quieran tener hijos y seguir con su carrera profesional. Incluso las parejas heterosexuales jóvenes tienen serias dificultades para poder formar una familia, sobre todo en las zonas urbanas donde el precio de la vivienda, de compra o de alquiler, ha subido mucho más que los sueldos. Hoy ya es heroico ser de clase media baja, vivir en el área metropolitana de las grandes ciudades y tener hijos en pareja antes de los 35 años. Si las crisis siguen acosando a las generaciones venideras y no se actúa, el problema será cada vez más grave.

Paro juvenil y falta de acceso a la vivienda son los principales motores sociológicos del retraso de la maternidad en España, y sin solucionar estas condiciones no hay quien se pueda plantear ser madre sin pareja, no solo por una cuestión emocional y simbólica sino por una evidencia material. La familia nuclear es una fórmula de organización, pero tenemos que buscar otras porque ya no funciona como antes ni es garantía de estabilidad económica. Podemos llorar por la muerte de la familia nuclear, pagar por mantenerla viva a cualquier precio cuando por fin encontremos una pareja adecuada —con los ciclos de fertilidad que sean necesarios, haciendo uso de los cuerpos de las chicas jóvenes y de los donantes de semen apenas han empezado a afeitarse— o hallar otros modos de organización que tampoco nos condenen a la atomización ni al aislamiento. La maternidad y la crianza nos hablan del tradicional rol subyugado de la mujer, pero también nos recuerdan lo que el feminismo más reciente ha enarbolado: para nacer, crecer y vivir las personas somos dependientes las unas de las otras, y esto es y debe ser una cuestión política que vaya más allá del esquema de la pareja, el egoísmo y la propiedad exclusiva sobre los nacidos.

Un cambio de mentalidad es imprescindible, como lo es asumir que la madre de verdad no es la genética, ni la que gesta, ni la que paga, sino la que ejerce. No es necesario parecerte a tus hijos, ni fingir que son genéticos ni biológicos: son tus hijos siempre y cuando asumas esa responsabilidad. Aquí surge la cuestión de las dificultades para adoptar. Tanto Samanta Villar como Gala se plantearon adoptar pero se echaron atrás ante las largas listas de espera, los requisitos absolutamente retrógrados de las agencias de adopción extranjeras —muchas solo aceptan parejas heterosexuales casadas— y, también, por las enfermedades mentales y psicológicas, no diagnosticadas hasta que ya es

demasiado tarde, que sufren las criaturas criadas en orfanatos.

La voluntad de adoptar está ahí, pero la mayoría de aspirantes a padres adoptivos buscan un fenotipo similar al suyo, y los huérfanos españoles van muy buscados. No todo el mundo puede permitirse viajar al extranjero y comprar niños: ¿qué es, en términos prácticos, la adopción internacional, sino una compra? ¿Es lógico que sea tan complicada? ¿Tiene sentido que la burocracia impida que personas deseosas de criar contribuyan al bienestar de niños y niñas que necesitan que alguien los críe con cariño? Es una cuestión que va mucho más allá de los límites de este libro, pero que está vinculado de manera semejante al deseo muy vigente de ejercer de padres y madres.

La adopción no es un recurso fácil, y no lo es porque, como la reproducción asistida, parte de la base errónea de que los hijos deben ser propiedad de sus padres legales. Las ideas de exclusividad y propiedad están tan arraigadas y vinculadas con la de tener hijos que pocas mujeres o parejas se plantean la acogida como alternativa. Pocos se arriesgan a querer a una criatura que en cualquier momento puede volver con sus padres biológicos, de ahí que muchos niños nunca tengan la oportunidad de conocer un entorno familiar agradable que contribuya a su crecimiento. La razón por la que hombres y mujeres preferimos la propiedad de los hijos debe de tener una base biológica, pero a nivel social y cultural convendría superarla en vez de maquillarla. La reproducción asistida demuestra que maternidad y biología no tienen que ir necesariamente de la mano, y con toda probabilidad esta es la lección más interesante que nos ofrece.

En los países occidentales hay quien desea descendencia a cualquier precio y hay quien se desentiende de la crianza, como si su negativa a procrear fuera intrínsecamente progresista. Es más reivindicativo replantear la procreación y la crianza. El argumento de los que dicen «no tengo hijos, no quiero ni tengo ninguna responsabilidad con el resto de la humanidad» o «soy un hombre y quiero un hijo con mi pareja masculina que solo sea de nosotros dos» es egocéntrico, como si no hubiera mujeres solteras o lesbianas ansiosas por ser madres y que lo podrían ser cuando todavía son fértiles, con inseminación artificial y sin estimulación ovárica. Debemos pensar si estas actitudes egocéntricas arraigadas en la negación furibunda de la familia tradicional tienen sentido en un mundo que pronto se verá abocado a adoptar un modelo económico sostenible.

No podemos volver al patriarcado tradicional ni al clan, ni entregarnos al hedonismo vacío, la atomización neoliberal que

todo lo compra con el beneplácito del estado y a costa de la salud física y psíquica de las mujeres para perpetuar una fórmula caduca. Hay que matar la esperanza sorda de la vuelta a las viejas estructuras que tan pronto criticamos como añoramos, dispuestas a pagar por mantenerlas.

Glosario: algunos conceptos clave

Blastocito

Embrión en una fase temprana de evolución que contiene cientos de células que forman una masa interna al sexto día; sus células se pueden extraer y cultivar *in vitro*.

Ciclo

Periodo durante el cual se administra medicación hormonal a la futura madre, sea esta por fecundación *in vitro* o
FIV-ICSI
o de la donante de óvulos. El objetivo es estimular los folículos para que el ovario produzca más óvulos que en una ovulación natural. Los ciclos de ovulación duran aproximadamente veinte días. En caso de que el óvulo no sea fecundado, se produce la menstruación. Las receptoras de embriones creados a partir del óvulo de otra mujer también deben preparar el endometrio, pero la medicación es más suave.

Diagnóstico genético preimplantacional (DGP)

Técnica que permite detectar la transmisión de enfermedades genéticas. Se lleva a cabo antes de implantar el embrión. Se extrae una célula de uno de los embriones y se analizan los cromosomas. Permite saber si el embrión es macho o hembra. Se empieza a utilizar en España a partir 2004 y se aplica sobre todo a embriones creados a partir de óvulos propios de madres grandes para descartar los que presentan problemas cromosómicos.

Embarazo ectópico

Gestación que se desarrolla en las trompas de Falopio, fuera del útero. A veces lo hace en el ovario, en el canal cervical o en la cavidad pélvica o abdominal. Sin una intervención quirúrgica que extirpe el embrión, la vida de la mujer corre peligro.

Estradiol

La hormona sexual más importante de la mujer. Presente en bajas concentraciones antes de la pubertad, decae durante la menopausia. En la primera fase del ciclo menstrual el estradiol aumenta el grosor del endometrio para prepararlo para la fecundación. Sobre todo, se produce en el ovario, junto con la progesterona. La producción de estradiol está regulada por las hormonas FSH y LH. Si la concentración de estradiol es la adecuada, la producción de FSH y LH se inhibe; por eso en la orina de las mujeres menopáusicas, en las que el nivel de estradiol es bajo, el de FSH y LH es alto. Un exceso de estradiol en sangre causa el síndrome de hiperestimulación ovárica y los riesgos asociados: cáncer de ovarios, de endometrio y de pecho.

Fecundación in vitro (FIV)

También conocida como FIV clásica o convencional. En la FIV convencional los ovocitos se extraen, se preparan y se inseminan con una muestra de semen en una relación de unos 100 000 a 150 000 espermatozoides por óvulo. Óvulo y espermatozoides se dejan en cultivo entre 3 y 24 horas, según el protocolo de cada laboratorio.

Folículos preovulatorios

Pequeños sacos con función secretora situados en el tejido conjuntivo de los ovarios que contienen los óvulos. Cada folículo preovulatorio contiene un óvulo inmaduro. A medida que el óvulo madura se desplaza hacia la trompa de Falopio, que es por donde

sale durante la ovulación.

Gonadotropina

Nombre genérico de tres tipos de hormonas que actúan en combinación con las glándulas sexuales: hormona folículoestimulante (FSH), hormona luteoestimulante (LH) y hormona estimulante de la tiroides (TSH).

Hormona folículoestimulante (FSH)

La hormona folículoestimulante regula los procesos reproductivos. Estimula los folículos para que maduren los óvulos y regula la producción de estradiol durante la primera mitad del ciclo menstrual. Combinada con la luteína, actúa de manera sinérgica durante la reproducción. Todos los tratamientos de reproducción asistida incluyen una medicación basada en estas hormonas.

Hormona luteinizante (LH)

La hormona luteinizante, también conocida como lutropina es una de las gonadotropinas y se genera en la glándula pituitaria, donde también se produce la hormona FSH. La lutropina contribuye a regular el ciclo menstrual y la producción de óvulos, y, por lo tanto, el nivel de esta hormona en el cuerpo de una mujer depende de la fase del ciclo menstrual en el que se encuentre.

Inyección intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI)

ICSI es el acrónimo de *intracytoplasmic sperm injection*. También conocida como microinyección espermática, consiste en introducir un espermatozoide en el interior de un óvulo mediante una inyección con una micropipeta. Una vez inyectado el espermatozoide dentro del óvulo, el proceso es idéntico a la fecundación *in vitro*: no hay ICSI sin fecundación *in vitro*. Por eso también se la conoce como

FIV-ICSI.

Maduración in vitro

Técnica que permite la extracción de ovocitos inmaduros sin tratamiento hormonal o a dosis muy bajas, para que los óvulos terminen de madurar fuera del cuerpo de la mujer. El procedimiento es como el de la fecundación *in vitro*, pero evitando la estimulación. Por ello, los ovocitos deben permanecer más tiempo en medios de cultivo antes de realizar la inseminación. Esta técnica todavía está en desarrollo y se utiliza en menos del 1 % de los casos, según los informes del SEF.

Enfermedades genéticas recesivas

Aparecen cuando se heredan dos copias mutadas de un mismo gen que provoca una enfermedad, una del padre y una de la madre. Todo el mundo es portador de enfermedades recesivas sin que ello implique desarrollarlas ni sufrir sus síntomas. Si los dos miembros de la pareja (o la pareja y el/la donante de esperma o de óvulos) son portadores de mutaciones recesivas en el mismo gen, las probabilidades de que su descendencia padezca la enfermedad son del 25 %. En algunos casos, las enfermedades recesivas están ligadas al cromosoma X, que implica que las mujeres actúan como portadoras. En la reproducción asistida se hacen pruebas genéticas para evitar la aparición de enfermedades recesivas.

Reducción embrionaria

Interrupción selectiva de uno o más embriones durante el primer trimestre de gestación. Se hace para evitar problemas para la gestante, para evitar las muertes de los fetos dentro del útero, y para esquivar las consecuencias sociales y psicológicas de tener tres o más hijos, que son, entre otras, una alta tasa de divorcios y depresiones postparto. Los embarazos y los partos de gemelos tras una reducción tienen más riesgo que los de gemelos naturales. Es habitual que los gemelos se autorreduzcan de forma natural durante

las primeras doce semanas de gestación.

Técnica Freeze-all

Consiste en congelar los embriones y hacer la transferencia un mes después de la congelación para evitar el riesgo de implantación múltiple. Congelarlos permite transferirlos de uno en uno, sin riesgo de embarazo múltiple. En casos en los que una mujer que se quiera quedar embarazada haya sufrido un síndrome de hiperestimulación ovárica durante el proceso de extracción de óvulos, todos los embriones generados deberán congelarse, porque transferirlos poco después de este síndrome está contraindicado.

Transferencia

Introducción del embrión que ha sido creado fuera del cuerpo de la mujer. La transferencia es imprescindible tanto en las fecundaciones *in vitro* que se han hecho con óvulos propios extraídos previamente, como en las FIV o
FIV-ICSI
a partir de óvulos donados. Una transferencia exitosa debe resultar en gestación y nacimiento.

Cigoto

La primera célula de un nuevo individuo, resultado de la combinación de los 23 cromosomas del espermatozoide con los 23 del óvulo; es la célula precursora del embrión y su ADN ya contiene toda la información necesaria para crear, en la especie humana, un niño con todas sus características.

Júlia Bacardit (Barcelona, 1991) es graduada en Humanidades por la Universidad Pompeu Fabra y cursó el Máster en Comunicación, Periodismo y Humanidades de la Universidad Autónoma de Barcelona. Se ha dedicado a la docencia y ha publicado artículos y reseñas de libros como freelance, casi siempre en el marco del periodismo cultural. Ha publicado en *Núvol, La Llança, Nativa Indigestió, Nationàlia, Diario Público* y en *La Directa, El Desconcierto* y en el *Mal Salvaje*, entre otros. En la actualidad es responsable de prensa de la editorial Edicions de 1984 y sigue formándose como periodista.

[1] **Júlia Bacardit: «Hay que poder ser madre sin comprar los óvulos de las jóvenes que aún se están costeando la universidad»**. < <

[2] Podéis consultar la ficha en: **Filmaffinity**. < <

[3] Lydia Davis. *Ni puedo ni quiero*. Editorial Eterna Cadencia. Honduras, 2014. < <

[4] Mencionamos su nombre completo porque es de dominio público y ha aparecido en numerosas publicaciones, tanto científicas como generalistas. < <

[5] Las placas de Petri son unas bandejas transparentes, redondas y con tapa de entre 6 y
15 cm
de diámetro. Hoy son de plástico, pero antes eran de cristal, de ahí la expresión «*in vitro*», que significa «dentro del vidrio» en latín. <<

[6] Al final de este libro hemos incluido un breve glosario con los términos técnicos y médicos más importantes. < <

[7] VV. AA. ***Aspectos y caída de la natalidad en España***. Instituto Max Weber, 2012. < <

[8] **Global population in 2100**. < <

[9] As fertility falls and life expectancy increases worldwide, the number of children under 5 years old is forecasted to decline by 41 % from 681 million in 2017 to 401 million in 2100, whilst the number of individuals older than 80 years is projected to increase sixfold, from 141 million to 866 million. < <

[10] **La natalidad se reduce en España en 2021**. < <

[11] VV. AA. Aspectos y caída de la natalidad en España. Instituto Max Weber, 2012. < <

[12] **Apple, Facebook will pay for female employees to freeze their eggs**. < <

[13] Institut d'Estadística de Catalunya, equivalente catalán al Instituto Nacional de Estadística. < <

[14] Como, por ejemplo, la de las malformaciones de los bebés nacidos por fecundación *in vitro*, sea con óvulos donados o propios. <<

[15] El cariotipo es el esquema genético de los cromosomas de una persona. Sirve para determinar, entre otras cosas, si es portadora de enfermedades congénitas. Más adelante hablamos con más profundidad. < <

[16] **Gencat. Reproducción asistida**. < <

[17] **Perspectives Demogràfiques**. < <

[18] Las donantes de óvulos que han colaborado con sus testimonios en esta investigación provienen de ambientes y contextos muy diferentes y la forma de contactar ha sido, también, muy variada. <<

[19] **El precio y otras claves de la congelación de óvulos**. < <

[20] **«Ser madre a los 64 es aberrante desde el punto de vista médico».** <<

[21] **Intercambios de psicoanálisis**. < <

[22] **Tractament psicològic de la fecunditat medicalitzada**. < <

[23] Samanta Villar escribió un libro sobre su experiencia: *Madre hay más que una*. Editorial Planeta, 2017. < <

[24] **Neurological sequelae in children born after in-vitro fertilisation: a population-based study**. < <

[25] Más información en: **Vitrification versus slow freezing gives excellent survival, post warming embryo morphology and pregnancy outcomes for human cleaved embryos**. < <

[26] **Qué es la adopción de embriones y por qué se está volviendo tan popular en EE.UU.** < <

[27] **Una pareja selecciona genéticamente a su bebé para salvar con sus células a otra hija**. < <

[28] Más información: **Nace el primer bebé con «tres padres» gracias a un controvertido nuevo tratamiento en México**. <<

[29] **Epigenética en técnicas de reproducción asistida: razones y evidencias para una reflexión**. < <

[30] **En España hay más de medio millón de embriones humanos congelados**. < <

[31] **Ficha en Filmaffinity**. < <

[32] **Congelar òvuls: el negoci de retardar la maternitat**. < <

[33] **Surrogacy in Ukraine: how to start?**. < <

[34] Original en inglés: One of the major concerns, couples have when using a surrogate, are the legalities surrounding the parental rights and nationality of their child. As previously mentioned, in Ukraine, gestational carriers are not listed on the birth certificate, however, the document is Ukrainian and therefore additional paperwork is required to prepare the child for going home. Intersono IVF clinic provides the necessary legal consultation, translation, and support. Their teams prepare all the documentation needed for the baby to travel and be naturalised, as a new citizen, in the
parents' country
of residence. The healthy and safe arrival, of a miracle child, is always wonderful, however, Intersono clinic also recognizes just how important it is that the family is able to complete all the administration in a stress-freeway, return home easily and settle down into their new life together. < <

[35] **«Me sorprende que las clínicas devuelvan el dinero si no logran embarazos».** < <

[36] Layla Martínez. *Gestación subrogada. Capitalismo, patriarcado y poder*. Editorial Pepitas de Calabaza, 2019. < <

[37] *El Art. 162.1 del C. P. contempla la posibilidad de reprimir penalmente el comportamiento de quienes apliquen las TRHA si estas técnicas no cuentan con el consentimiento de la mujer afectada. Para proceder por este delito se requiere la denuncia de la persona agraviada (Art. 162. 2 del C. P.). En el caso del aborto, en cambio, la norma punitiva considera que se trata de un «delito perseguible de oficio» (Art. 417 bis del antiguo Código Penal vigente). Según estas prescripciones se desvela que la autoridad considera que si en el proceso de la reproducción asistida se produce una agresión a una mujer, este tipo de intervención no tiene carácter «público». Ascensión Cambrón Infante. Fecundación* in vitro *y agresiones al cuerpo de la mujer, p. 43* < <

[38] **Don d'ovules (ovocytes)**. < <

[39] Original en francés: En France, le recrutement des donneurs de gamètes est régi par des principes éthiques destinés à les protéger de tout trafic. Des règles portant notamment sur de rémunération des dons et portée à ce que les dons pas de conséquence sur la santé des donneurs et donneuses, ne sont pas toujours prévues ou respectées dans les pays étrangers. Más información: **À savoir sur l'AMP et le don de gamètes à l'étranger**
l'absence
l'attention
n'aient
. < <

[40] **IVF in Spain – is it worth the hassle?**. < <

[41] **Donor eggs: But will the baby feel like mine?**. < <

[42] **Los óvulos en el mercado y los derechos de género**. <<

[43] **Don de sperme: le jour où Arthur Kermalvezen a retrouvé son géniteur**. < <

[44] **French Senate approves bill allowing IVF for single women, lesbians**. < <

[45] **Female infertility drug market set to reach by 2028 across 7MM**
$2.5bn
. < <

[46] **Class Action Lawsuit On Behalf Of Thousands Of Patients Undergoing Fertility Treatments Allowed To Proceed In District Court Against Ferring Pharmaceuticals, Inc. Regarding Its Recalled Drug, Bravelle**. < <

[47] **Transporte de los embriones criocongelados**. < <

[48] **Transporte de los embriones criocongelados**. < <

[49] Todos los socios con los que trabaja se pueden encontrar aquí:**Clinic Partners**. < <

[50] **Solicitud de óvulos**. < <

[51] **Coronavirus y reproducción asistida: pararnos para poder seguir**. < <

[52] Al margen de la cuestión laboral y de conciliación familiar, las *in vitro* con donación de gametos (de espermatozoides o de óvulos) tienen un componente simbólico añadido que dificulta mucho más la vivencia social de la maternidad y la paternidad que no la *in vitro* clásica con óvulos y espermatozoides propios. Lo veremos más adelante. < <

[53] «Fecundación *in vitro* y agresiones al cuerpo de la mujer: una aproximación desde la perspectiva de los derechos». En A. C. (editora). *Reproducción asistida, promesas, normas y realidad*. Editorial Trotta, 2001, Madrid, pp. 165-210. <<

[54] Rosie the Riveter es un personaje que aparece durante la Segunda Guerra Mundial para animar a las mujeres a trabajar en las fábricas. El feminismo, o al menos parte de él, lo ha tomado como uno de sus iconos, aunque no todo el mundo está de acuerdo:**Rosie the Riveter is a bogus icon of female empowerment**. < <

[55] El proceso de estimulación hormonal repetidas veces no solo afecta al número de óvulos que la mujer produce sino que genera una dependencia de fármacos en el ciclo natural de la mujer. Lo apunta Cambrón Infante en *Los óvulos en el mercado y los derechos de género*. < <

[56] Parte de la doctrina del Derecho incluida en la obra kantiana La metafísica de las costumbres. Extraído de *Los óvulos en el mercado y los derechos de género*, Ascensción Cambrón Infante, p. 9. < <

[57] **Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación biomédica**. < <

[58] **MiniFIV, 8 años creciendo contigo**. < <

[59] **Maternidad: última llamada (crónica del aterrizaje en la donación de óvulos)** . < <

[60] **Do Egg Donors Face Risks?**
Long-Term
. < <

[61] *Fecundación* in vitro *y agresiones al cuerpo de la mujer*. Ascensción Cambrón Infante, p. 32. < <